



## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



## **UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**

**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**



## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

**Precauções de Isolamento no Serviço de  
Urgência.**

**Um Projeto de Melhoria da Qualidade nos  
Cuidados de Enfermagem**

**Cátia Ferreira Bastos Quintas**

**Orientação: Professora Mariana Pereira**

**Mestrado em Enfermagem**

**Área de especialização: Enfermagem Médico-cirúrgica: A pessoa em  
situação crítica**

Relatório Final de Estágio

Portalegre, 2020



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



**IPBeja**  
INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE BEJA

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**

**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

**Precauções de Isolamento no Serviço de  
Urgência.**

**Um Projeto de Melhoria da Qualidade nos  
Cuidados de Enfermagem**

**Cátia Ferreira Bastos Quintas**

**Orientação: Professora Mariana Pereira**

**Mestrado em Enfermagem**

**Área de especialização: Enfermagem Médico-cirúrgica: A pessoa em  
situação crítica**

**Relatório Final de Estágio**

**Portalegre, 2020**

**Precauções de Isolamento no Serviço de Urgência.  
Um Projeto de Melhoria da Qualidade nos Cuidados de Enfermagem**

Cátia Ferreira Bastos Quintas

Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção

do grau de Mestre e

Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica

**Júri:**

**Presidente:** Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro (Doutorado em Educação)

Professor Coordenador, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre

**Arguente:** Professora Maria Antónia Correia da Costa

Professora Adjunta, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja

**Orientador:** Professora Mariana Vitória Falcão Carrilho Carolino Pereira

Professora Adjunta, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

Data: 15 de setembro de 2020

*O êxito da vida não se mede pelo caminho  
que você conquistou,  
mas sim pelas dificuldades que superou no  
caminho.*

*Abraham Lincoln*

*Não há sucesso permanente sem  
compromisso*

*Tony Robbins*

*É fazendo que se aprende a fazer aquilo  
que se deve aprender a fazer*

*Aristóteles*

## **Agradecimentos**

À Anamar e ao Salvador, que são a minha vida e a minha força, desculpem pelo tempo que estive ausente.

Ao meu marido, Luís, pela paciência, compreensão e apoio incondicional.

À minha mãe de coração, Maria José Ramalho, por me ter impulsionado nesta aventura, pelo incentivo, pela compreensão, pelo “não te deixes morrer na praia”.

À Professora Mariana Pereira pela paciência e orientação.

Ao Professor Adriano Pedro pelo apoio e incentivo.

À Enfermeira Catarina Aranha pelo apoio dado ao longo do estágio e pelo incentivo.

Ao Enfermeiro Óscar do outro lado da fronteira, pela orientação em estágio, pela paciência e pelo companheirismo.

À Enfermeira Sandra Pita pela companhia no estágio final.

A todos os que se cruzaram no meu caminho, e que de uma forma ou outra me ajudaram nesta longa caminhada, que acreditaram em mim e sempre me transmitiram energia positiva...

Obrigada...



## **RESUMO:**

O presente relatório traduz todo um caminho percorrido no Mestrado em Enfermagem, Área de especialização: Enfermagem Médico-cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica bem como uma reflexão acerca da aquisição das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em EMCPSC, bem como as competências de Mestre em Enfermagem.

O estágio final decorreu num serviço de urgência no qual desenvolvemos um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) na área da Prevenção e Controlo de Infecção. Este relatório retrata o desenvolvimento do PIS, em que recorremos à Metodologia de Projeto nas suas diferentes etapas, o qual intitulamos “Precauções de Isolamento no Serviço de Urgência. Um Projeto de Melhoria da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem”. Neste âmbito foi elaborado um Manual de Boas Práticas visando a uniformização de procedimentos e a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem.

**Palavras-Chave:** IACS, Prevenção e Controlo de Infecção, Precauções de Isolamento, Enfermagem Médico-Cirúrgica, Segurança do doente

## **ABSTRACT**

This report reflects a whole path taken in the Master's Degree in Nursing, Specialization area: Medical-surgical Nursing: The Person in Critical Situation as well as a reflection on the acquisition of the common and specific skills of the Specialist Nurse in EMCPSC, as well as the skills of Master in Nursing.

The final stage took place in an emergency department in which we developed an In-Service Intervention Project (PIS) in the area of Infection Prevention and Control. This report portrays the development of the PIS, in which we resort to the Project Methodology in its different stages, which we call "Precautions for Isolation in the Emergency Department. A Project to Improve the Quality of Nursing Care ". In this context, a Manual of Good Practices was developed to standardize procedures and improve the quality and safety of nursing care.

**Key Words:** IACS, Infection Prevention and Control, Isolation Precautions, Medi-Surgical Nursing, Patient Safety

## **ABREVIATURAS/SIGLAS**

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem  
EEEMCPSC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica Pessoa em Situação Crítica  
EMC – Enfermagem Médico Cirúrgica  
EMCPSC – Enfermagem Médico-Cirúrgica: a pessoa em situação crítica  
EPI – Equipamento de Proteção Individual  
EPVA – Equipa de Prevenção de Violência em Adultos  
GCL-PPCIRA – Grupo de Coordenação Local – Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos  
IACS – Infecções associadas aos cuidados de saúde  
INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica  
MCPSC – Médico-Cirúrgica: a pessoa em situação crítica  
MMR – Microrganismos Multirresistentes  
OE – Ordem dos Enfermeiros  
PBCI – Precauções Básicas no Controlo de Infecção  
PBVT – Precauções Baseadas nas vias de transmissão  
PIS – Projeto de Intervenção em Serviço  
REPE – Regulamento do Exercício para a Prática de Enfermagem  
SABA – Solução Antisséptica de Base Alcoólica  
SIV – Suporte Imediato de Vida  
SO - Serviço de Observação  
SU - Serviço de Urgência  
UCI – Unidade de Cuidados Intensivos  
UCCI – Unidade de Cuidados Continuados Integrados  
ULS - Unidade Local de Saúde



## **ÍNDICE GERAL**

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>1. CARATERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO .....</b>	<b>18</b>
1.1 UNIDADE HOSPITALAR DO ALENTEJO .....	18
1.2 HOSPITAL DO ALENTEJO .....	19
1.3 CARACTERIZAÇÃO DOS RECURSOS MATERIAIS E EQUIPAMENTOS .....	20
1.4 CARACTERIZAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS .....	22
<b>2. PROJETO DE INTERVENÇÃO .....</b>	<b>28</b>
2.1 FUNDAMENTAÇÃO TEORICA DO PROJETO DE INTERVENÇÃO .....	29
2.2 DIAGNOSTICO DA SITUAÇÃO.....	37
2.3 DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS .....	41
2.4 PLANEAMENTO .....	41
2.5 EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO .....	43
2.6 DIVULGAÇÃO DE RESULTADOS .....	57
<b>3. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....</b>	<b>58</b>
3.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA .....	58
3.2 COMPETÊNCIAS ESPECIFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA – PESSOA EM SITUAÇÃO CRITICA.....	69
3.3 COMPETÊNCIAS DE MESTRE .....	78

---

<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>81</b>
<b>5. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....</b>	<b>83</b>
<b>6. APÊNCICES.....</b>	<b>87</b>
Apêndice 1 – Pedido de autorização à ULS .....	87
Apêndice 2 – Consentimento informado, esclarecido e livre para participar em trabalhos de Investigação .....	88
Apêndice 3 – Grelha de Observação .....	89
Apêndice 4 – Questionário .....	91
Apêndice 5 – Cronograma de Atividades do PIS.....	95
Apêndice 6 – Artigo Científico .....	97
Apêndice 7 – Análise das respostas ao questionário .....	119
Apêndice 8 – Plano de Sessão de Formação em Serviço .....	134
Apêndice 9 – Formação em Serviço .....	135
Apêndice 10 – Questionário para Avaliação da Formação .....	141
Apêndice 11 – Cartaz “O doente critico com AVC: manifestações clínicas” .....	143
Apêndice 12 - Poster Científico “Femicídio Em Portugal” .....	144
Apêndice 13 - Cartaz informativo “Femicídio em Portugal” .....	145
Apêndice 14 - Manual de Boas Práticas.....	146
Apêndice 15 – Placa de Sinalização: Precauções de Isolamento de Contato .....	176

Apêndice 16 – Placa de Sinalização: Precauções de Isolamento de Gotículas .....	177
Apêndice 17 – Placa de Sinalização: Precauções de Isolamento de Via Aérea .....	178
Apêndice 18 – Placa de Sinalização: Precauções de Isolamento de Proteção.....	179
Apêndice 19 – Panfleto informativo sobre Precauções de Isolamento de Contato .....	180
Apêndice 20 – Panfleto informativo sobre Precauções de Isolamento por Gotículas.....	181
Apêndice 21 – Panfleto informativo sobre Precauções de Isolamento Respiratório.....	182
Apêndice 22 – Folheto Sobre Vigilância ativa e rastreio dos Microrganismos Multirresistentes.....	183
Apêndice 23 – Esquema “Protocolo de Vigilância Ativa e Rastreio dos Microrganismos Multirresistentes.....	185
Apêndice 23 – Cartaz “Recomendações aos utentes” .....	185
 <b>7. ANEXOS .....</b>	 <b>187</b>
 ANEXO 1 – Parecer da Comissão de Ética da ULS .....	 187

## **INDICE DE TABELAS**

Tabela 1: Funções adicionais dos Enfermeiros do SU (Fonte: Documentação do SU).....	26
Tabela 2: Análise SWOT do SU (Fonte: o próprio).....	36



## **ÍNDICE DE GRÁFICOS**

Gráfico 1: Número de enfermeiros com Especialidade em Enfermagem.....	23
Gráfico 2: Anos de Experiência Profissional dos Enfermeiros do SU .....	24
Gráfico 3: Anos de Experiência dos Enfermeiros em Serviço de Urgência .....	24
Gráfico 4: Práticas dos Enfermeiros na área das precauções de isolamento .....	38
Gráfico 5: Conhecimentos na área da Prevenção e Controlo de Infecção.....	39
Gráfico 6: Formação Periódica na Área da Prevenção e controlo de infeção e melhoria na prática dos enfermeiros.....	39
Gráfico 7: Formação realizada pelos enfermeiros durante o último ano .....	40
Gráfico 8: Contexto em que a formação foi realizada .....	40
Gráfico 9: Avaliação do risco de transmissão de agentes infecciosos na admissão do doente.....	44
Gráfico 10: Isolamento dos doentes em local que minimize risco de transmissão infeção - isolamento .....	44
Gráfico 11: Localização do doente .....	45
Gráfico 12: Utilização da máscara cirúrgica .....	45
Gráfico 13: Higienização das mãos antes de colocar EPI .....	46
Gráfico 14: Uso do avental.....	47
Gráfico 15: Utilização de máscaras PFF2 .....	47

Gráfico 16: Informação ao doente/família sobre motivo e prevenção das medidas de precaução .....	47
Gráfico 17: Restrição do número de visitas .....	48
Gráfico 18: Restrição do transporte do doente com precauções de isolamento .....	48
Gráfico 19: Utilização de material individualizado em doentes com precauções de isolamento .....	49
Gráfico 20: Descontaminação da unidade do doente sujeito a medidas de isolamento .....	49
Gráfico 21: Passagem de informação entre profissionais .....	50

## **INDICE DE FIGURAS**

Figura 1 - Planta do Serviço de Urgência.....	20
---	----

## INTRODUÇÃO

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a pessoa em situação crítica, ministrado pelo Instituto Politécnico de Portalegre: Escola Superior de Saúde, em associação com outras quatro instituições, designadamente, Instituto Politécnico de Beja, Instituto Politécnico de Setúbal e Instituto Politécnico de Castelo Branco e Universidade de Évora. O presente mestrado sendo na área de especialização de EMCPSC, culmina com a aquisição e a consolidação das competências comuns do enfermeiro especialista, as competências específicas do enfermeiro em MCPSC e as competências de Mestre em Enfermagem.

O Curso foi distribuído em três semestres, e englobou uma componente teórica em sala de aula, uma componente teórico-prática com a realização de dois cursos: Suporte Avançado de Vida e ITLS (Internacional Trauma Life Support) e de uma componente de prática clínica com dois períodos de Estágio em unidades hospitalares. O Estágio I foi realizado na UCI 1 de um hospital universitário do país vizinho, o Estágio II decorre no Serviço de Urgência de uma ULS. Os dois estágios foram desenvolvidos em contexto de cuidados à pessoa em situação crítica.

A pessoa em situação crítica é *“aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”* (OE, 2011<sup>a</sup>, p.8656).

A pessoa em situação crítica é então aquela pessoa que requer uma intervenção rápida e eficaz dos profissionais de saúde, necessita de uma abordagem sistematizada sendo preponderante o papel do enfermeiro especialista nesta abordagem, uma vez que o enfermeiro especialista *“possui competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”* (OE, 2015 a, p. 95).

Depois da teoria, a prática deve ser aplicada no contexto real, e por isso, Martin (1991:162) citado por Silva e Silva(2004) defende que a prática designada Estágio se trata de *“um tempo de trabalho, de observação, de aprendizagem e de avaliação em que se promove o encontro (...)”* do aluno com o contexto de trabalho, com a realidade que deve ser aprendida”. Os mesmo autores citando Vasconcelos (1992:28) defendem que *“os estágios se destinam a complementar a formação teórico-prática, nas condições concretas do posto de trabalho de uma organização que se compromete a facultar a informação em condições para*



isso necessárias”.

Assim, se conclui que o estágio é importante na medida em que permite consolidar conhecimentos teórico lecionados em sala de aula, na prática, no contexto em que os cuidados são prestados. Esta prática em contexto real é acompanhada por um(a) enfermeiro(a) experiente, e neste caso específico especialista em EMCPSC, que ajudem o aluno a alcançar os objetivos propostos para aquisição de competências de enfermeiro especialista.

As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) são infeções adquiridas pelo doente em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode também afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade (DGS, 2007).

O conceito de IACS é um conceito abrangente uma vez que se refere a todas as unidades prestadoras de cuidados de saúde, assim a DGS defende que é importante assegurar a comunicação e a articulação entre as diversas unidades de saúde, para a identificação destas infeções a fim de reduzir o risco de infeção cruzada.

A OMS considera que as IACS constituem um dos maiores problemas no que à segurança do doente diz respeito. A sua magnitude acarreta consequências quer a nível individual quer a nível da comunidade (DGS, 2016).

Para Almeida et al (2015), as IACS podem ser consideradas um indicador dos cuidados prestados, e estando estreitamente relacionado com a segurança do doente, podem constituir um evento adverso e indesejável.

As PBCI (precauções básicas no controlo da infeção) são reconhecidas como estratégias preventivas. Reconhece-se que o seu uso pelos profissionais de saúde poderá ter um impacto positivo na redução da prevalência de IACS. Partindo do pressuposto que cada utente está potencialmente colonizado ou infetado, surge a necessidade de isolar doentes. Torna-se importante a implementação de protocolos de rastreio no momento da admissão do doente, estes deverão incluir a implementação de medidas de isolamento e o adequado cumprimento das precauções básicas de controlo de infeção. O isolamento deverá ser realizado dependendo das vias de transmissão (via aérea, gotículas, contato), de forma a promoverem a segurança nos cuidados prestados. Os protocolos têm como objetivo orientar a prática profissional tendo em conta a cadeia epidemiológica da infeção, a via de transmissão e a patologia (DGS, 2007).

Existem exemplos de boas práticas, protocolos, documentos com qualidade, literatura nacional e internacional com recomendações europeias e mundiais, mas apesar disso tudo continua a existir um número significativo de instituições, profissionais cujas práticas são deficitárias e não têm consciência disso, o que faz com que haja um agravamento das infeções

cruzadas, da transmissão de agentes patogénicos entre doentes, entre doentes e profissionais e entre profissionais (DGS, 2017).

Para Elder et al. (2016), o serviço de urgência assume um papel muito importante na identificação, na triagem e na implementação de medidas preventivas no que às IACS diz respeito. Para a DGS (2017), o SU como porta de entrada para a maioria dos doentes torna-se o local crucial para implementar rastreios, tais como protocolos sobre vigilância ativa de MMR com fluxogramas orientadores da avaliação de risco, com formulários de avaliação de risco (por exemplo) que permita de uma forma mais fácil e menos dispendiosa em tempo, fazer uma avaliação de risco inicial. Os autores supracitados defendem o desenvolvimento de protocolos de atuação com vista à uniformização dos cuidados prestados. No contexto, tão específico que é o serviço de urgência, os isolamentos dos doentes baseados nas precauções das vias de transmissão devem ser iniciados de forma empírica, partindo dos sintomas clínicos e da provável etiologia dos microrganismos. O seu cumprimento, adequado ou inadequado terá repercussões importantes ao nível da saúde pública, quer ao nível da segurança do doente, mas também da segurança do profissional.

Atualmente, e de acordo com a DGS, a formação e treino dos enfermeiros na área de prevenção e controlo de infeção deve ser incentivada pelas unidades prestadoras de cuidados e deve ser promovida junto destes. É necessário desenvolver, continuamente, planos de formação com base nas necessidades reais identificadas e que conduzam quer à uniformização de procedimentos quer à promoção de boas práticas.

A temática deste projeto de intervenção surgiu de umas das necessidades identificadas no Serviço de Urgência como uma das áreas com necessidade de melhoria nas práticas dos enfermeiros. Para além do exposto, a área da Prevenção e Controlo de Infeção é umas competências específicas do Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, bem como o desenvolvimento de práticas de qualidade, colaborando em programas de melhoria contínua.

Assim, o PIS foi desenvolvido na área da prevenção e controlo de infeção, que se encontra intimamente relacionado com a segurança do doente bem como com as competências específicas do EEEMCPSC, tendo como base a metodologia de projeto “Esta metodologia através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada na evidência” (Ruivo & et al, 2010). A metodologia utilizada tem como objetivo fundamental a prática baseada em evidência e consequentemente a melhoria contínua da qualidade.

O presente relatório representa a última grande etapa do Curso de Mestrado em Enfermagem, na área EMCPSC. Assim, foram traçados os seguintes objetivos:

Objectivo Geral: Descrever as atividades desenvolvidas para a aquisição dos conhecimentos e das competências para uma intervenção especializada em EMC.

Como objetivos específicos traçou-se:

- Descrever as fases de construção, implementação e divulgação do Projeto de Intervenção no âmbito da melhoria dos cuidados de enfermagem;
- Contribuir para o desenvolvimento da prática da Enfermagem;
- Elaborar uma análise reflexiva acerca das atividades que foram desenvolvidas ao longo do Estágio e que permitiram a aquisição e desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em EMC.

Estruturalmente, este Relatório, encontra-se dividido em três capítulos.

No primeiro capítulo é feita a apresentação da Instituição onde foi realizado o estágio final e em particular do SU. Onde foi descrita a sua estrutura, bem como a caracterização da equipa de enfermagem e o seu funcionamento.

No segundo capítulo, é descrito o PIS, nas suas diferentes etapas (metodologia de projeto).

No terceiro e último capítulo é feita uma análise das competências comuns e específicas do EEEMCPSC, bem com das competências de Mestre em Enfermagem, descrevendo algumas das atividades desenvolvidas ao longo do período de estágio e que contribuíram para o desenvolvimento dessas competências.

Finalizamos com algumas considerações finais sobre o estágio bem como o projeto desenvolvido no serviço, que nos proporcionou momentos de aprendizagem significativos e a possibilidade de adquirir e desenvolver as competências previstas no curso, visando a obtenção do título de Enfermeira Especialista e Mestre em Enfermagem.



## **1. CARATERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO**

Para contextualizar o projeto desenvolvido e as competências adquiridas em Enfermagem Médico – Cirúrgica: A Pessoa em situação crítica, é necessário dar a conhecer as características do campo de estágio, bem como os recursos (estruturais, materiais e humanos) nele existentes, pelo que este capítulo será dedicado à apresentação do campo de estágio.

### **1.1 UNIDADE HOSPITALAR DO ALENTEJO**

A 1 de Março de 2007, pelo Decreto – Lei n.º 50-B/2007, 28 de fevereiro de 2007), foi criada a Unidade Local de Saúde, entidade jurídica que presta cuidados assistenciais de saúde primários e diferenciados, substituindo os serviços até essa data prestados pelos dois hospitais e pelos Centros de Saúde do distrito. A ULS, E. P. E, rege-se pelo regime jurídico aplicável às Entidades Publicas Empresariais, com as especificações previstas pelo Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro e nos respetivos estatutos, bem como nos regulamentos internos e nas normas em vigor para o Sistema Nacional de Saúde que não contrariem as normas previstas no citado diploma.

A ULS, E. P. E, tem por objeto principal a prestação de cuidados de saúde primários, secundários, reabilitação, continuados integrados e paliativos à população, designadamente aos beneficiários do Sistema Nacional de Saúde e aos beneficiários dos subsistemas de saúde, ou com entidades externas que com ele contratualizem a prestação de cuidados de saúde e todos os cidadãos em geral, bem como articular com as atividades de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde na área geográfica por ela abrangida.

A ULS, E. P. E, é constituída por dois hospitais, e por um agrupamento de Centros de Saúde.

A ULS, E. P. E, tem como missão promover o potencial de todos os cidadãos, através do fomento da saúde e da resposta à doença e incapacidade, garantindo a qualidade dos serviços prestados, a tutela da dignidade humana e a investigação permanente na procura contínua de soluções que reduzam a morbilidade e permitam obter ganhos em saúde. Tem como visão constituir uma imagem de excelência no atendimento dos cidadãos, na ligação à comunidade, na criação de parcerias, na investigação permanente e no impacto das



atividades desenvolvidas e tem como valores: o respeito pela dignidade e direitos dos cidadãos; a excelência técnica; a acessibilidade e equidade dos cuidados; a promoção da qualidade; a ética, integridade e transparência; a motivação e atuação pró-ativa; a melhoria contínua; o trabalho de equipa e o respeito pelas normas ambientais.

## 1.2 HOSPITAL DO ALENTEJO

Este pequeno hospital tem origem na Ordem Hospitaleira, e remonta ao séc. XVII, faz parte dos Convento-Hospital, criados para a saúde militar. O convento hospital real militar, foi o primeiro da Ordem em Portugal e data do início da Guerra da Restauração. Existem referencias que este hospital dispôs de mais de 500 camas e de ter tornado um centro de formação e assistência aos feridos militares. Por pressões para redução dos hospitais das ordens religiosas, na época do Marques de Pombal, este hospital passou por uma reforma em junho de 1802. Como os doentes não eram só militares, esta cidade esteve sempre provida de um pequeno hospital para atender os cidadãos não militares. O hospital funcionou em colaboração com a Santa Casa da Misericórdia e no início dos anos 90 foi iniciada a construção do hospital como hoje é conhecido, após assinatura de um protocolo entre o Ministério da Saúde e uma Fundação da Terra. Foi inaugurado em 15 de março de 1994, era provido de serviço de urgência, ambulatório e serviço de internamento de medicina interna, cardiologia, ortopedia e cirurgia geral. Durante estes últimos anos foram marcantes os momentos de aposta interna e reconhecimento externo em políticas de Qualidade, parcerias com organizações de ensino e prática nacionais e estrangeiras, protocolos assistenciais com instituições da Extremadura espanhola, o pioneirismo nacional no âmbito da Telemedicina e a integração na Unidade Local de Saúde, ocorrida no ano de 2007 (Cambóias, Rui, s.d).

O Hospital (HSL) é um hospital distrital de nível 1, do sector público administrativo, com uma área construída de 9173m<sup>2</sup> repartidos por 3 pisos. Esta unidade de saúde dispõe de um total de 98 camas ativadas com a seguinte distribuição 28 medicina Ala Direita, 26 Medica ala Esquerda, 14 cirurgia, 9 ambulatório (cirurgia + ortopedia), 4 de SO e 17 de orto traumatologia que constituem o sector de internamento. O Serviço de Urgência, classificada como SUB (Serviço de Urgência Básica integrada no 3º nível dos Serviços de Urgência - relatório Reestruturação Urgências, 1996), satisfaz todas as urgências da área Médico-cirúrgica, que estejam no âmbito das especialidades básicas – Medicina, Cirurgia e Ortopedia e enquadra a sua atividade na política da Unidade Local de Saúde (ULS). Orienta a sua atividade tendo por base a política de qualidade definida no Manual da Qualidade da ULS e os Padrões de

Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, definidos pela Ordem dos Enfermeiros e assumidos pela Direção de Enfermagem e Conselho de Administração como Carta de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.

### 1.3 CARACTERIZAÇÃO DOS RECURSOS MATERIAIS E EQUIPAMENTOS



*Figura 1 - Planta do Serviço de Urgência*

O serviço de urgência situa-se no 1º piso do edifício hospitalar e conta com os seguintes espaços:

- **1 e 2: Zona de entrada.** 1 zona de entrada para utentes sem grau de gravidade e entrada 2 para doentes em maca e com maior grau de gravidade.
- **A: hall de entrada** onde os utentes têm acesso aos administrativos para proceder ao seu registo de entrada no SU.
- **B: Sala de Espera**
- **C: WC para utentes** que aguardam chamada na sala de espera e acompanhantes;
- **D: Balcão 1:** gabinete onde é efetuado o atendimento dos utentes com episódio de urgência, que não necessitam de maca ou de monitorização do estado hemodinâmico.

- **E: Sala de Triage de Manchester** - Sala onde é atribuída a prioridade clínica de atendimento dos utentes através do Sistema de Triage de Manchester. Está equipada com o seguinte material: 1 monitor portátil de avaliação de sinais vitais; termómetro timpânico e máquina de Glicémia Capilar. Também se encontram kits de situação de catástrofe preparados.

- **F: Sala de Reanimação:** sala onde são prestados cuidados de enfermagem e intervenções médicas mais diferenciadas, a utentes em situação crítica. Com capacidade de monitorização, controle de via aérea, ventilação mecânica e de realização de procedimentos invasivos. Esta Sala está equipada com 1 Monitor ECG Desfibrilhador, TA, STO2; Tabuleiro de Entubação Orotraqueal, 2 Laringoscópios com respetivas laminas; 1 Ventilador / 1 Ventilador portátil; Carro de emergência, KIT de Emergência Pediátrica; KIT material Cateter Central; KIT Material de Algaliação.

- **G: Gabinete dos Administrativos**

- **H: Gabinete da Direção da Urgência do SU**

- **I: Gabinete da Direção de Enfermagem do SU**

- **J: Sala de Pequena Cirurgia:** sala onde são efetuados procedimentos cirúrgicos nomeadamente drenagem torácica, colocação de cateter central, pequenas cirurgias entre outros. Equipada com material de consumo clínico e material esterilizado necessário

- **K: Balcão 2:** Local para onde são encaminhados os utentes que necessitam de monitorização do estado hemodinâmico ou de fazer oxigenioterapia enquanto estão em observação direta pela equipa médica e de enfermagem. Nesta sala ficam também os utentes que estão com processo de internamento em SO ou a aguardar vaga nos respetivos serviços. Tem 2 Boxes com capacidade para 4 macas, ou cadeirões.

- **L: Gabinete de Especialidade:** gabinete onde são observados os utentes pelos Médicos das várias especialidades.

- **M: Sala de arrumos de consumo clínico** (onde se encontra todo o material de consumo clínico organizado por áreas de atuação (A, B, C, Sistemas, Dispositivos de proteção individual e Exposição/ controlo ambiental).

- **N1: SO 1:** Camas 1 e 2, para utentes com instabilidade no seu estado de saúde e por isso necessitam de vigilância e observação apertadas. Cada unidade está equipada com: monitor ECG, TA e SPO2; rampa de oxigénio, vácuo e ar respirável; suportes de soros com bomba e seringa infusora; armário para arrumação de roupa / Prateleiras para arrumação de material clínico.

- **O: área de trabalho de enfermagem/médica,** com 2 computadores, Sistema de Gestão automatizada de Medicamento – Pyxis, 1 frigorifico com medicação ligado ao Pyxis, armários e prateleiras de arrumação de material clínico. O SO é provido de 1 Ventilador Não Invasivo



e 2 Monitores Cardíacos Desfibriladores

- **N2: SO 2:** Camas 2 e 3 para utentes com instabilidade no seu estado de saúde e por isso necessitam de vigilância e observação apertadas. Cada unidade está equipada com: monitor ECG, TA e SPO2; rampa de oxigénio, vácuo e ar respirável; suportes de soros com bomba e seringa infusora; armário para arrumação de roupa / Prateleiras para arrumação de material clínico.

- **P: Copa:** de apoio ao SU, e para os profissionais que prestam serviço no SU.

- **Q: Base do INEM** - Com uma ambulância de Suporte Imediato De Vida, tripulada por uma TAE e um Enfermeiro. A SIV de Elvas encontra-se integrada no Serviço de Urgência, uma vez que alguns elementos da equipa de enfermagem fazem turnos na ambulância.

- **R: Sala de Sujos- Resíduos Hospitalares.**

- **S: Instalações Sanitárias** para os funcionários.

- **T: Instalações Sanitárias** para utentes que se encontrem dentro do SU e internados em SO.

- **U: Balcão de Ortopedia** – sala onde são efetuados os procedimentos de Ortopedia, equipada com Armário de arrumação de material para realização de procedimentos do foro ortopédico / 1 Lavatório com bacia de gessos. Em altura de pandemias, como por exemplo em 2009 com a Pandemia do H1N1, 2020 com a pandemia do coronavírus, este balcão serve como **sala de isolamento**, e tem uma entrada/saída para o exterior.

- **V: Sala de Apoio ao Eletrocardiograma:** equipada com 1 Marquesa e 1 Eletrocardiógrafo.

- **W: Sala de Pausa** dos profissionais que prestam serviço no SU.

- **X: corredor e escadaria de acesso** ao 2º piso do hospital, onde se encontram vários serviços nomeadamente o Serviço de Laboratório, serviço de internamento de Medicina Interna, Conselho de Administração entre outros.

Na zona do **corredor** assinalada na imagem, encontram-se cadeirões, cadeiras de roda e macas, onde são colocados utentes que se encontram a fazer tratamento, ou a aguardar para serem chamados para a realização de exames ou aguardar resultados dos mesmos, bem como aguardar efeito da terapêutica instituída. O número de cadeirões e macas depende das necessidades durante o turno, mas normalmente o corredor tem capacidade para 10 cadeirões e 8 macas.

#### 1.4 CARACTERIZAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS

O Serviço de Urgência do Hospital é composto por uma equipa multidisciplinar onde



podemos encontrar: enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, pessoal administrativo, pessoal dos serviços de higiene e limpeza e pessoal de vigilância privada.

No que à Enfermagem diz respeito, a equipa é composta por 21 enfermeiros (dos quais 20 participaram neste estudo) e 1 Enfermeira Chefe (Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria). Dos 20 enfermeiros, 6 (30%) possuem uma especialidade em Enfermagem, neste caso EMCPSC (gráfico 1).

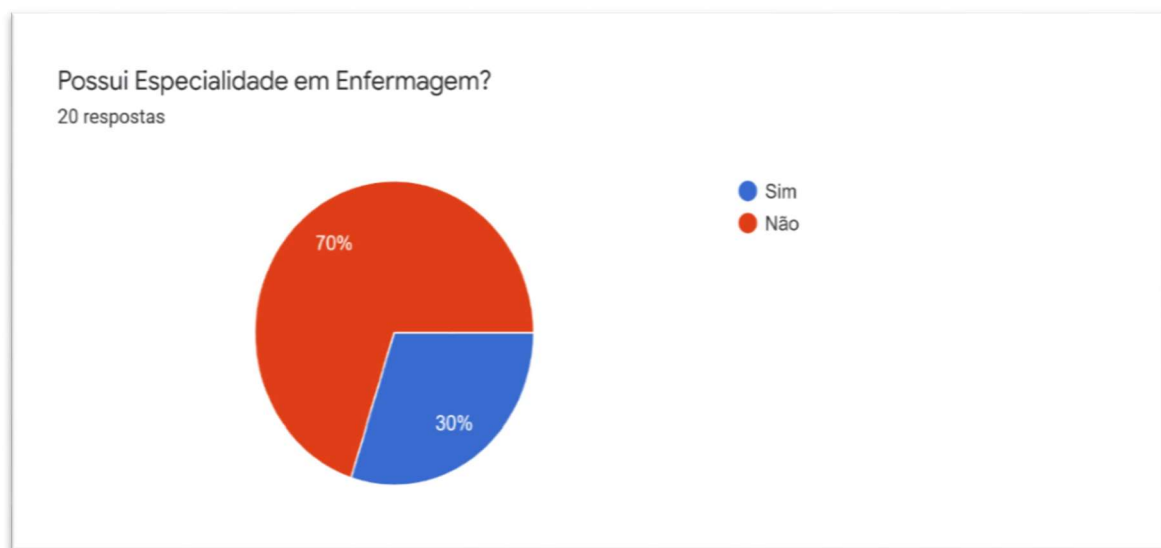
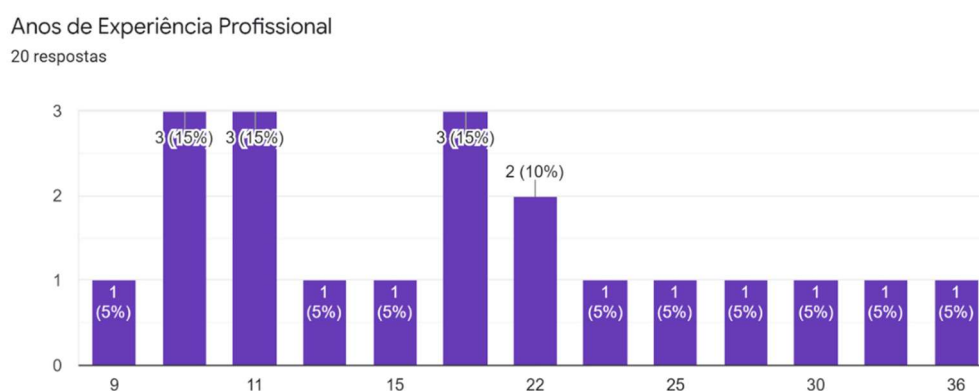


Gráfico 1: Número de enfermeiros com Especialidade em Enfermagem (Fonte: o próprio)



A equipa de Enfermagem, apresenta uma faixa etária variável, bem como os anos de experiência profissional, no geral.

O elemento mais novo a prestar cuidados de Enfermagem, fá-lo há cerca de 9 anos, enquanto o elemento com mais anos de experiência profissional fá-lo há 36 anos.

Relativamente à experiência profissional no âmbito do Serviço de Urgência, verifica-se que o elemento que se encontra há menos tempo no SU, desempenha funções neste serviço há cerca de 3 anos, enquanto o elemento com mais anos de serviço no SU, presta cuidados nesta área há cerca de 25 anos.

No total, apenas um enfermeiro exerce há menos de 10 ano, o que nos permite inferir que

Gráfico 2: Anos de Experiência Profissional dos Enfermeiros do SU (Fonte: o próprio)

Anos de Experiência Profissional no Serviço de Urgência  
20 respostas

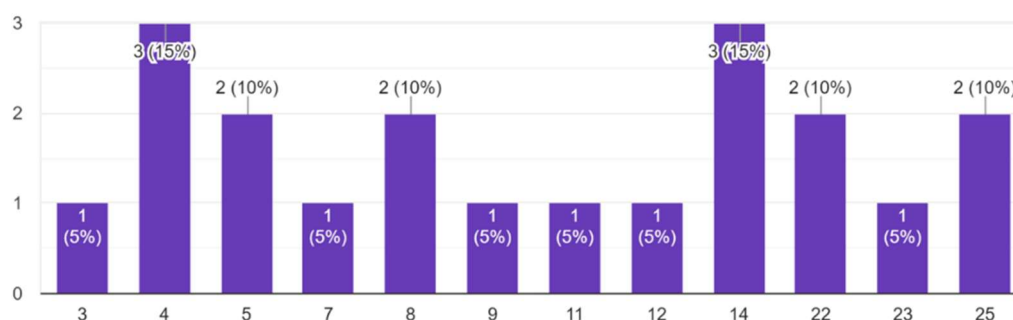


Gráfico 3: Anos de Experiência dos Enfermeiros em Serviço de Urgência (Fonte: o próprio)

temos uma equipa com experiência.

Cerca de metade dos elementos que constituem a equipa são jovens em termos de “anos de serviço no SU”. Curiosamente, são também os elementos mais novos que prosseguiram a formação académica no sentido da obtenção de grau de Especialista/Mestre em Enfermagem.

Relativamente ao funcionamento da Equipa de Enfermagem, esta cumpre 3 turnos diários de 8 horas cada (turno da manhã: 8h – 16h; turno da tarde: 16h – 24h e turno da noite: 00h – 8h). O turno da manhã e da tarde são compostos por 4 enfermeiros que asseguram o posto de triagem (1), o balcão (2), e o SO (1). O turno da noite é assegurado por 2 enfermeiros que asseguram a totalidade do serviço.

Dentro da Equipa do Serviço de Urgência existem enfermeiros que desempenham funções específicas, para além das funções de prestação de cuidados.

Enfº Responsável pela Formação em Serviço	1 Enfermeiro Especialista	- Contextualizar o conhecimento teórico na resolução de problemas reais da prática dos cuidados de Enfermagem.
Interlocutor com a Gestão de Risco	1 Enfermeiro Especialista	- Formação em serviço sobre risco e notificação de incidentes;  - Efetuar levantamento do risco clínico e não clínico existentes no SU;  - Incentivar a notificação de incidentes através da plataforma Sagris.
Interlocutor dos Padrões de Qualidade	1 Enfermeiro Especialista	- Replicar em formação em serviço a formação ministrada pela Ordem dos Enfermeiros acerca dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem; Importância dos programas de melhoria contínua, sistemas de informação em Enfermagem e CIPE.
Dinamizador do GCL-PPCIRA	1 Enfermeiro Especialista	Tem como missão garantir o cumprimento das boas práticas relativamente à prevenção e controlo da Infecção Hospitalar, cumprimento das técnicas de assepsia médica e cirúrgica, bem como a triagem dos resíduos sólidos hospitalares.
Responsável pelo Carro de Urgência	2 Enfermeiros	Têm como função a organização e verificação de todo o material que constitui o Carro de Urgência (tendo por base os PQ's da ULSNA (PQ-01-Urg)
Auditores na Área da Triagem de Manchester	3 Enfermeiros Auditores	- São auditores credenciados como formadores e reconhecidos como auditores pelo Grupo Português de Triagem;

		- Realizam: auditoria individual por episódio de urgência; auditoria individual retrospectiva e auditoria global.
Responsável Operacional da Ambulância SIV (Suporte Imediato de Vida)	1 Enfermeiro SIV	Tem como função coordenar as respostas dos profissionais de saúde, zelando e promovendo a prontidão, a eficácia e eficiência bem como a elevada qualidade nos cuidados prestados ao cidadão em contexto extra-hospitalar.
Responsável por Gestão de Stocks	1 Enfermeiro Especialista	Tem como função assegurar a gestão, armazenamento e manutenção de material clínico, não clínico.
Interlocutor com Serviço de Imunohemoterapia e Hemovigilância	1 Enfermeiro	Tem como missão garantir o cumprimento das boas práticas relativamente à administração de hemoderivados.

Tabela 1: Funções adicionais dos Enfermeiros do SU (Fonte: Documentação do SU)

Dentro da equipa de enfermagem existem elementos que servem de elo de ligação com outros serviços da instituição. Todos são nomeados pela Enfermeira Chefe em concordância com a pessoa que aceita o 'cargo'. O objetivo é ter elementos que, estando em constante contato com serviços como o PPCIRA, o serviço de Hemovigilância, área dos padrões de qualidade e gestão do risco se mantenham sempre ao corrente das últimas atualizações/normas e as possam transmitir a toda a equipa. Quando surgem novas atualizações/normas o responsável dessa área comunica com o responsável pela formação e entre os dois tentam agendar uma data de formação para transmissão das novas atualizações/normas. Há um enfermeiro responsável pela gestão dos stocks de serviço que duas vezes por semana realiza os pedidos ao armazém de materiais de consumo clínico e de hotelaria. Além disto, este elemento realiza também pedido de reforços alimentares (stock para uma semana e a ser dividida a entrega 2 vezes por semana) ao serviço de Cozinha (uma forma de garantir que qualquer doente que permanece por algumas horas no SU tenha sempre acesso a um pequeno lanche).



Sendo a Ambulância de Suporte Imediato de Vida uma área tão específica há um enfermeiro que, nela fazendo serviço, se responsabilizará sobre tudo ao que à ambulância diz respeito (mantendo também uma ligação direta com o INEM).

O carro de urgência num qualquer serviço, mas em especial no serviço de urgência requer uma manutenção, quer em termos de medicação (quantidades, datas de validade), quer em termos de bom funcionamento do material como monitor/desfibrilhador, ventilador...). Por ser algo que requer vistoria diária, a equipa do SU em conformidade com a sua enfermeira chefe, optou por nomear dois elementos (sendo que na falta de um, o outro estará presente para confirmar a verificação do carro de urgência e respetivo material).

O método de trabalho utilizado no SU é o método individual, isto é, são distribuídos um determinado número de utentes a um enfermeiro e este é o responsável pela prestação de cuidados necessários a esses doentes durante o turno, ou até aqueles terem alta.

A Enfermeira Chefe/Enfermeira Responsável de turno planeia e distribui os enfermeiros pelos diferentes postos de trabalho (triagem, balcão, SO), em cada turno.

No início de cada turno, os enfermeiros que vão entrar ao serviço reúnem-se com os enfermeiros que vão sair do turno, e é feita a transição de informação de assuntos relevantes que ocorreram no turno, bem como a transição de informações dos doentes que se encontram no SU e SO.

No caso de algum doente crítico ser orientado para a sala de reanimação, os enfermeiros que ocorrem de imediato serão os que se encontram escalados no balcão, tendo sempre a ajuda do enfermeiro que se encontra na triagem que acompanha sempre o doente crítico à sala de reanimação e toca a campainha que avisa que está um doente crítico naquela sala. Após avaliada a situação, se o enfermeiro da triagem não for necessário retoma ao seu lugar inicial na triagem e os dois enfermeiros do balcão prestam cuidados necessários até estabilização do doente e assim que possível um dos enfermeiros de balcão voltará ao seu local de trabalho inicial, ficando apenas um enfermeiro para cuidar do doente crítico (recursos humanos limitados).

## **2. PROJETO DE INTERVENÇÃO**

O Projeto de Intervenção é uma atividade integrada no Curso de Mestrado em EMCPSC cujo objetivo principal é a aquisição e desenvolvimento de competências.

Um projeto “é assim um plano de trabalho que se organiza fundamentalmente para resolver/estudar um problema” (Ruivo et al 2010). Ainda segundo os mesmos autores, o trabalho de projeto “tem como objetivo central a análise e a resolução de problemas em equipa, através de diversas técnicas que permitem a recolha, obtenção e análise de informação.”

O presente PIS foi elaborado de acordo com a metodologia de Projeto e focou-se na identificação de uma problemática no local de trabalho/estágio. A linha de investigação deste PIS insere-se na área das IACS, mais propriamente na área das precauções de isolamento do doente. Esta área da prevenção e controlo de infeção vai também ao encontro da área da segurança do doente. Segundo Almeida et al (2015), as IACS podem ser consideradas um indicador dos cuidados prestados, e estão estreitamente relacionadas com a segurança do doente.

Para além de ter sido identificada como uma área a necessitar de atualização no serviço de urgência, a área da Prevenção e Controlo de Infeção é uma área que faz parte das

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em EMCPSC, bem como o desenvolvimento de práticas de qualidade e colaboração em programas de melhoria continua.

O Projeto segue uma metodologia onde são cumpridas uma série de fases: elaboração do diagnóstico da situação, planificação das atividades, meios e estratégias, execução das atividades planeadas, avaliação e divulgação dos resultados (Ruivo et al 2010).

Para a realização deste projeto foram tidas em conta algumas considerações éticas relacionadas com o anonimato, o consentimento informado e esclarecido, a obtenção de dados. A primeira medida tomada foi obter autorização para a realização do projeto junto do Concelho de Administração e Comissão de Ética da Instituição (Apêndice 1). Após a autorização formal da Instituição, procedeu-se à entrega do consentimento informado, esclarecido e livre aos enfermeiros para participarem neste projeto (Apêndice 2), onde lhes foi assegurados anonimato e respeito pela confidencialidade dos dados.

## 2.1 FUNDAMENTAÇÃO TEORICA DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

As IACS são definidas como as infeções que surgem durante a prestação de cuidados, quer seja no hospital ou noutra instituição de saúde, como cuidados de saúde primários, unidades de cuidados continuados, entre outros, e que não existiam nem estavam em processo de incubação na altura da admissão do utente no hospital. As IACS incluem também as infeções que foram adquiridas no hospital, mas que só se manifestaram após a alta (aquelas que se manifestam entre 48 a 72 horas após a alta hospitalar).

Para Pina et al (2010), as IACS surgem como resultado: resultado direto de cuidados de saúde (tratamentos médicos, procedimentos cirúrgicos) ou como consequência do contato com locais onde são prestados esses cuidados, podem resultar de cuidados prestados na comunidade (CSP, CC) ou ainda podem resultar da transmissão de uma infeção adquirida na comunidade e introduzida em instituições de saúde quer pelos utentes, profissionais de saúde e até mesmo familiares/visitantes.

AS IACS afetam um grande número de pessoas e podem constituir um grave risco para doentes, profissionais de saúde e familiares/visitantes, por isso este tipo de infeções pode pôr em causa qualquer programa de segurança do doente, mas também pode pôr em risco qualquer profissional de saúde que preste cuidados aos doentes.

O problema das IACS ganha cada vez mais importância. Se por um lado contribuem para o aumento da morbilidade e mortalidade, consequentemente levam a um aumento dos custos para o Sistema de Saúde, com o aumento do número de internamentos, bem como o seu prolongamento, dos exames complementares de diagnóstico, tratamentos médicos, consultas. Para os doentes e respetiva família também tem inconvenientes, uma vez que se podem refletir numa ausência prolongada do trabalho, maior número de deslocações aos serviços de saúde, e podem acarretar incómodos mais graves tais como sequelas, dor, desconforto, ansiedade e depressão (Pina, Ferreira e Uva, 2014).

AS IACS são assim um problema para a segurança do doente, não só pelo que foi descrito anteriormente, mas também pela insegurança que vai criando nos doentes e nas pessoas não doentes que necessitam recorrer aos serviços de saúde. Representam por isso uma vulnerabilidade do sistema de saúde e um dos seus principais desafios. Um dos indicadores maior de qualidade e segurança de uma instituição é refletido pela taxa de IACS (INCS, 2010).



*“É provável que não seja possível evitar algumas dessas infecções, e esse seja o valor a pagar pelos avanços tecnológicos e terapêuticos. Contudo, um número significativo de infecções pode ser prevenido”* (Pina, Ferreira e Uva, 2014:140). Silva (2008) citado por Cardoso (2015) revela que há estudos internacionais que revelam que uma parte das IACS são “seguramente evitáveis” (p.6).

Estudos como o *“Study on the Efficacy of Nosocomial Infection Surveillance”*, realizado por Haley et al (1985) citados por Pina, Ferreira e Uva (2014) demonstraram que medidas simples de prevenção tais como a higienização das mãos, a correta descontaminação das superfícies e dos materiais conseguiam reduzir a percentagem de infecções hospitalares em cerca de 6%. Se a estas medidas se juntasse a vigilância epidemiológica e consequentes programas de prevenção e controlo baseados nos dados dessa vigilância, a redução das infecções poderia atingir cerca de 32%.

Para perceber de que forma se pode atuar para evitar ou reduzir as taxas de infecções hospitalares, torna-se importante perceber de que forma podem ocorrer essas infecções, ou tentar perceber como é feita a cadeia de transmissão. O Modelo “Cadeia de Transmissão das IACS”, é usado para perceber as formas de transmissão das infecções. Fazem parte desta Cadeia de Transmissão: o agente infeccioso (microrganismo com capacidade de produzir doença no hospedeiro), o reservatório (local onde os microrganismos sobrevivem e se reproduzem), a porta de saída (a via através da qual o microrganismo deixa o reservatório, por exemplo o ato de espirrar torna-se uma porta de saída de microrganismos), as vias de transmissão (forma como os microrganismos se transferem de um local para outro, exemplo são as mãos dos profissionais de saúde, as gotículas lançadas quando se tosse ou espirra), a porta de entrada (local por onde o microrganismo entra no corpo humano, nariz, boca, feridas, cateteres urinários, centrais ou periféricos, entre outros) e a suscetibilidade do hospedeiro (pessoa que por alterações do sistema imunitário ou debilidade no estado de saúde, não consegue resistir à invasão microbiana).

As principais vias de transmissão de microrganismos nas unidades de saúde são três:

- Transmissão por contato direto com o doente (pele com pele, com lesões ou fluidos orgânicos) ou indiretamente por contato com superfícies ou equipamentos contaminados;
- Transmissão por gotículas quando aquela é feita através de gotículas respiratórias que são expelidas a curta distância pela tosse, espirros, fala ou procedimentos como aspiração de secreções. Estas partículas não ficam suspensas no ar;
- Transmissão por via aérea através de gotículas que permanecem suspensas no ar durante alguns períodos e que podem ser disseminadas à distância através de correntes de ar.

Existem outras vias de transmissão descritas na bibliografia, tais como via percutânea



(corto perfurantes, por exemplo), ingestão (gastroenterites), vetores como moscas, mosquitos, ratos e veículo comum como por exemplo através da água, dos alimentos, dos medicamentos.

Uma forma de interromper a cadeia de transmissão, e atendendo ao tema do presente as vias de transmissão. Consegue-se interromper as vias de transmissão recorrendo quer às precauções básicas do controlo de infeção quer recorrendo às precauções específicas baseadas nas vias de transmissão, nomeadamente recorrendo às precauções de isolamento consoante a via de transmissão.

Avaliar o risco de ocorrência de IACS, é um aspeto importante a considerar e que permitirá de uma forma precoce impedir a transmissão dos microrganismos. É necessário conhecer quer os fatores intrínsecos quer os extrínsecos *inerentes quer à área geográfica do hospital quer à comunidade que esse serve. Fatores como “resistência aos antimicrobianos, o tipo de paciente que o hospital atende (...), os riscos relacionados com os profissionais de saúde (por exemplo, o nível de adesão às boas práticas) (...) e os riscos ambientais”* (Pina, Ferreira e Uva, 2014:147), devem ser tidos em conta nos programas de prevenção e controlo de infeção. Segundo os mesmos autores, os profissionais de saúde devem ter conhecimentos acerca desses fatores intrínsecos e extrínsecos de forma a poderem implementar as medidas de controlo e prevenção de infeção de forma o mais eficaz possível.

A avaliação de risco de infeção/transmissão deve ser feita logo num primeiro contato da instituição com o utente, ou não sendo possível no primeiro contato ser feito logo que possível, e de forma periódica durante o seu internamento. As instituições devem ter protocolos de Avaliação de Vigilância Ativa e Rastreio de MMR e os profissionais devem ter deles conhecimento e formação sobre os mesmos e implementá-los na sua prática diária. Quanto mais cedo forem implementadas medidas de prevenção e controlo de infeção, menores são os riscos de transmissão de infeção.

A circulação de doentes e não doentes entre as instituições de saúde obrigou à criação de recomendações que devem ser aplicadas em todos os níveis de cuidados com objetivo de controlo e prevenção de infeção. Surgiram as PBCI, que são medidas de prevenção e controlo de infeção aplicadas a qualquer tipo de doente independentemente do diagnóstico e sempre que seja previsível o contato com secreções, sangue e outros fluidos corporais, pele não íntegra, manipulação de material contaminado e superfícies potencialmente contaminadas. São precauções básicas: a colocação (isolamento) de doentes, higiene das mãos, etiqueta respiratória, utilização de EPI, descontaminação de equipamentos e dispositivos médicos, higienização de superfícies, recolha segura de resíduos, práticas seguras na preparação e administração de injetáveis, exposição a agentes microbianos no local de trabalho e manuseamento seguro de roupas (DGS, 2012).

Vários autores e entidades referem que as mãos contaminadas dos profissionais de

saúde constituem o veículo de transmissão de infecção mais frequente e a higiene das mãos é efetuada menos de metade das vezes que deveria ser praticada, apesar de ser a medida mais rápida, acessível, rápida e de ação contínua para a redução da transmissão das infecções hospitalares. No entanto, vários estudos são unânimes e referem que a adesão a esta prática é reduzida. Os EPI surgem para garantir a segurança quer do doente quer do profissional de saúde, no entanto o seu uso só é eficaz se for usado de forma correta. Após a avaliação de risco de transmissão de infecção, o profissional de saúde deve optar pelo uso do EPI que mais proteção lhe pode dar no momento da prestação de cuidados. Para Pina, Ferreira e Uva (2014) os EPI só são eficazes se forem usados corretamente e em cada contato, e que o seu uso, por si só, não elimina o risco de transmissão de infecção, apenas o reduz, e não substituem as restantes PBCI.

Alguns doentes podem necessitar de outro tipo de precauções denominadas PBVT. Estas são precauções adicionais às PBCI e aplicáveis aos doentes com suspeita ou confirmação de patologia infecciosa de forma a definir áreas com materiais que permitam a contenção na fonte dos microrganismos e a sua individualização de forma a limitar ou suprimir a sua transmissão de forma a interromper as várias formas de transmissão de microrganismo causadores de infecção de doente para doente, de doente para profissional de saúde e vice versa.

As PBVT dizem respeito às precauções de isolamento, que devem ser adotadas as específicas para cada tipo de via de transmissão. Existem dois tipos de isolamento: isolamento protetor (por exemplo aplicado em doentes imunodeprimidos) e isolamento de contenção (isolamento que visa a interrupção da transmissão da infecção). Deste último grupo subdividem-se em três tipos de isolamento de contenção: isolamento de contato, isolamento por gotículas e isolamento respiratório. Cada tipo de isolamento obedece a características e medidas específicas:

- Isolamento por contato: uso de bata/avental e luvas;
- Isolamento por Gotículas: Uso de bata/avental, luvas, máscara. É desejável quarto individual, não sendo possível pode recorrer-se ao isolamento por coorte (isolamento onde são colocados doentes na mesma enfermaria, infetados com mesmo microrganismo, separados por cortinas e com distância mínima de 1 metro entre eles, mantendo-se o uso de material individualizado sempre que possível);
- Isolamento por Via Área: Uso de bata/avental, luvas, máscara PFF2, quarto com pressão negativa (quarto com sistema de ventilação com capacidade de renovação ar).

Para que haja eficácia dos programas de Prevenção e Controlo de Infecção é de grande importância reunir equipas multidisciplinares. Um dos elementos fundamentais nessas equipas é o enfermeiro. Uma das competências do enfermeiro especialista em EMCPSC é maximizar a sua intervenção na “prevenção e controlo da infecção perante a pessoa em

situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (OE, 2010). O Enfermeiro Especialista em EMCPSC deve mostrar competências na área da Prevenção e Controlo de Infecção, deve ser capaz de diagnosticar as necessidades no serviço nesta área e estabelecer estratégias pró-ativas (para prevenir e dar resposta) a implementar no mesmo tendo como finalidade a Prevenção e Controlo da Infecção e de resistência antimicrobiana no serviço. O enfermeiro especialista deve ter conhecimento acerca do Plano Nacional de Controlo de Infecção e Resistência a antimicrobianos e deve ter a capacidade proceder à sua atualização com base na melhor evidencia científica. Deve ser o elemento referencia para a equipa que cuida da pessoa em situação critica. Além do dever de ser o elemento que participa em formações e/ou de atualização e posteriormente transmite esses conhecimentos à equipa (elemento dinamizador do serviço com o grupo PPCIRA).

Todo o Projeto de Intervenção deve ter por base uma teoria que serve como base conceptual daquele. São várias as teorias na área da Enfermagem, cada uma com a sua especificidade. No caso específico deste PIS, serve como base a teoria de Larrabee (2011), Prática Baseada na Evidência. Esta teoria consiste na utilização da “experiência clínica” e da “melhor evidência clínica externa que advêm da pesquisa sistemática em simultâneo” para conduzir a equipa a uma tomada de decisão clínica, considerando sempre os valores do doente (Larrabee, 2011). Os profissionais de enfermagem têm como objetivo a prestação dos melhores cuidados possíveis, no momento e com os recursos disponíveis, a cada doente. Os melhores cuidados só poderão ser prestados se o enfermeiro se mantiver atualizado e for conhecedor sobre a melhor evidência existente no momento. Para isso necessitam participar em ações de formação continuas de atualização, quer em relação a protocolos, normas, guidelines e partilhar esse conhecimento com os seus pares, devem ler artigos científicos nas áreas de interesse, fazer cursos devidamente certificados.

Os melhores cuidados a prestar aos doentes são aqueles que são baseados nas últimas atualizações e que possuem a melhor evidência científica.

*“Este modelo pretende assim, mudar o paradigma da prática tradicional que se baseia na intuição, para uma PBE, através do desenvolvimento da investigação clínica e acessibilidade aos resultados da investigação. Portanto, não podemos apenas basearmo-nos na experiência, na opinião, no raciocínio fisiopatológico, mas sim incorporar um pensamento crítico, questionar constantemente, justificando as nossas ações em pesquisas científicas, em investigação e nos resultados obtidos da mesma”* (Leiras, 20015).

A prática baseada na evidência, agora método abriga seis etapas: “1. Avaliar a necessidade de mudança da prática; 2. Localizar as melhores evidências; 3. Fazer uma



*análise crítica das evidências; 4. Projetar a mudança da prática; 5. Implementar e avaliar a mudança da prática; 6. Integrar e manter a mudança da prática.” (Larrabee, 2011, p. 35).*

A perspectiva para a enfermagem é que todos os profissionais procurem a evidência e a consigam aplicar em contexto real, na prática do dia a dia (Craig & Smyth, 2004).

A Prática Baseada na Evidência pode ser definida como fazer corretamente, de forma eficaz e com os mais elevados padrões de qualidade. Para Craig & Smyth (2004:4) *“precisamos de bases em evidência para saber o que é certo fazer; temos de ter a certeza a quem se aplica realmente a evidência; temos de ter a certeza do estágio da trajetória de saúde ou de doença da pessoa para quem, a intervenção baseada na evidência é indicada. (...) a PBE ajudará a melhorar as experiências de cuidados na saúde e na doença das pessoas, o que uma prática de enfermagem bem estabelecida, já o faz.”*

Um dos exemplos mais antigos da Prática Baseada na Evidência está relacionada com a introdução da técnica asséptica, após se perceber a incidência de infeções cruzadas. Relacionadas com este aspeto, concluiu-se que a higienização das mãos e a assepsia nos procedimentos faziam reduzir drasticamente o número de infeções e consequentemente a as taxas de morbi e mortalidade (Craig & Smyth, 2004).

Os profissionais de enfermagem devem assim, por isso ter uma base sólida de conhecimentos baseados em evidências científicas, devem refletir sobre as suas práticas no contexto real e sobre as consequências das suas ações. Refletir sobre as práticas é um ponto chave nos cuidados de saúde. Um profissional interessado pesquisa sobre as últimas evidências científicas, reflete sobre as suas práticas e sobre os pressupostos que o orientam na prática diária. Para Larrabee (2011), o enfermeiro deve ter uma postura de interesse, de mudança de práticas, sempre que estas se mostrem necessárias, de evolução no sentido da melhoria dos cuidados prestados em todas as áreas de enfermagem. *“Há bons indícios de que a mudança bem-sucedida para a prática baseada em evidências pode melhorar os resultados”* dos doentes (Larrabee, 2011, p. 16). No fundo, se se melhoram os resultados em relação aos doentes, melhoram-se também os resultados a nível pessoal e profissional, tornando a satisfação profissional mais elevada.

Ser EEEMCPSC, exige uma responsabilidade acrescida na mudança das práticas e principalmente estimular as práticas em evidências científicas. Larrabee (2011) defende que se deve adotar uma postura que procure constantemente os benefícios da pesquisa para constantemente se implementar as melhores evidências científicas e consequentemente se obterem as melhores prestações de cuidados no momento e com os recursos disponíveis.

Pelo descrito, pensa-se que esta Teoria da Prática Baseada na Evidência de Larrabee é a que melhor que enquadra na condução do presente PIS.

Articulando a teoria descrita e a temática deste PIS, conclui-se que os enfermeiros devem



aperfeiçoar as suas competências ao longo da sua carreira, pois deles advém a responsabilidade de desenvolver os seus conhecimentos para uma prática de cuidados de qualidade. Isto implica em simultâneo uma reflexão e avaliação constantes das suas intervenções, fundamentando-as com o conhecimento baseado na evidência.

## 2.2 DIAGNOSTICO DA SITUAÇÃO

O Diagnóstico da Situação é a primeira etapa da Metodologia de Projeto. Aqui pretende-se elaborar um mapa cognitivo sobre o problema identificado. Ao fazer um diagnostico da situação tem-se como objetivo fazer uma descrição da realidade/contexto que se conhece com o objetivo final de melhorar/mudar algo que não está sendo feito da forma mais conveniente (Ruivo et al. 2010). Uma vez que a realidade se reporta aos cuidados de saúde, e segundo as autoras referidas, o diagnostico deve responder a uma necessidade de um grupo da população, neste caso o grupo será constituído pelos enfermeiros do SU, com o objetivo final de desenvolver estratégias e ações que ajudem na resolução dessa necessidade. Esta etapa constitui um processo dinâmico e continuo podendo ser alvo de atualizações caso surjam dificuldades e complicações.

Para começar a desenhar o diagnostico da situação, foi feita uma colheita de informação, através de conversas formais e entrevistas exploratórias quer com a chefia do serviço, quer com os enfermeiros que prestam cuidados no SU, também se recorreu à observação do contexto e das suas práticas. O fato de ser um serviço já conhecido, quer o espaço físico, quer os recursos humanos, foi fácil integrar a equipa e falar com a mesma sobre aspetos que poderiam ser problemáticos e que poderiam ser melhorados no dia a dia da prestação de cuidados.

Como foi descrito anteriormente o aumento do número de infeções, sejam adquiridas nas instituições, quer na comunidade, têm sido um desafio para os cuidados de saúde. O SU é a “porta de entrada” do doente, que ao recorrer ao serviço pode ser portador de agentes patogénicos importantes. E se houver falha na identificação desses casos, e na orientação dos mesmos, pode dar-se o caso de ocorrer infeções cruzadas entre doentes e entre doentes e profissionais e vice-versa.

Na instituição existe um conjunto de protocolos atualizados que permitem, e tem como objetivo, uma vigilância ativa e rastreio de MMR. Existem protocolos sobre PBCI bem como PBVT. O problema aparece quando há necessidade de isolar um doente com clínica de infeção. Que precauções devem ser tomadas de imediato e onde alocar o doente, uma vez que um dos maiores problemas do SU diz respeito ao espaço físico (falta de espaço para

isolamento de doentes).

Esta etapa de Diagnóstico da Situação, “enquanto conceito mais alargado do que a identificação de problemas, deve consolidar a análise do contexto social, económico e cultural onde o problema se insere, assim como as potencialidades e os mecanismos de mudança existentes” (Ruivo et al., 2010, p.11). Uma forma de conhecer melhor o contexto do SU, local onde se desenvolverá o Projeto de Intervenção, realizou-se uma análise SWOT. Esta é uma técnica que consiste na elaboração de um quadro onde constam os pontos fortes e os pontos fracos (contexto interno), as ameaças e as oportunidades (contexto externo) de um determinado cenário. A caracterização do contexto interno e do meio envolvente, permite a confrontação dos fatores positivos e negativos identificados, e prever algumas das dificuldades e alguns dos sucessos esperados na fase de implementação.

A Análise SWOT do Serviço de Urgência resulta na seguinte tabela:

	Fatores Positivos	Fatores Negativos
Fatores Internos	<b>S (strenghts)</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Equipa de Enfermagem dinâmica;</li><li>- Boa relação multidisciplinar;</li><li>-Enfermeira Chefe mostrou interesse e disponibilidade na área proposta para o PIS;</li><li>- Existência de um enfermeiro elo de ligação com o GPLC-PPCIRA</li></ul>	<b>W (weaknesses)</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Estrutura arquitetónica do serviço;</li><li>- Falta de zonas para isolamento;</li><li>- Resistência à mudança por parte de alguns elementos da equipa de enfermagem;</li><li>-Falta de disponibilidade individual dos elementos da equipa de enfermagem para momentos de formação;</li><li>- Desmotivação da equipa de enfermagem;</li><li>- Sobrecarga de trabalho e recursos humanos com ratio inferior ao adequado</li></ul>
Fatores externos	<b>O (opportunities)</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Uniformização dos procedimentos nas precauções de isolamento;</li><li>-Promoção da segurança e qualidade dos cuidados</li><li>-Melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem.</li></ul>	<b>T (threats)</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Limitação de contratação de Recursos Humanos na instituição</li></ul>

Tabela 2: Análise SWOT do SU (Fonte: o próprio)

Relativamente à análise SWOT feita percebe-se que o grande problema do Serviço de Urgência prende-se, maioritariamente com a estrutura arquitetónica do mesmo, que resulta

em falta de zonas para proceder ao isolamento dos doentes. Uma barreira que será sempre difícil de ultrapassar, mas que se consegue contornar utilizando determinados recursos que foram surgindo à medida que as necessidades assim o exigiram.

Em 2009, com o surgimento da pandemia do H1N1, o Serviço de Urgência sofreu uma pequena obra na sua estrutura em que foi criado um gabinete para isolamento dos doentes suspeitos/infetados. Esse gabinete tem uma entrada independente no exterior do SU, ou seja, os doentes suspeitos entram diretamente para esse gabinete sem ter de entrar pela urgência geral e percorrer a mesma. Desse gabinete foi feita uma passagem para a consulta externa, para aproveitamento dos WC e de dois dos gabinetes da Consulta externa para isolamento dos doentes suspeitos/confirmados com H1N1.

Entretanto com o término da pandemia supracitada, esse gabinete tem sido utilizado como gabinete de apoio à urgência de ortopedia, funcionando como sala de gessos.

Atualmente com a pandemia do Covid19, essa zona foi novamente reativada única e exclusivamente para isolamento de doentes suspeitos de COVID 19.

Outro método que se pretendia utilizar no diagnóstico da situação era a Observação, através do uso de uma grelha de observação não participante. A situação é observada como ela realmente acontece, sem qualquer interferência do observador, uma vez que este não está envolvido diretamente na situação a observar.

Para isso realizou-se uma Grelha de Observação (Apêndice 3), baseada na norma nº29/2012 atualizada em 31/10/2013 da DGS, “Precauções básicas do Controlo de Infecção (PBCI)”, e nos anexos presentes na mesma com instrumentos para auditorias internas às PBCI.

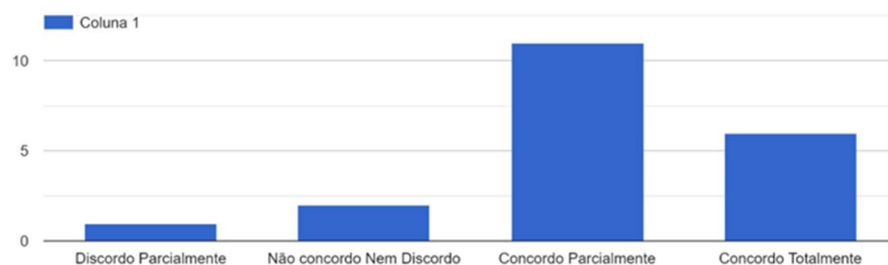
No entanto, por questões temporais não foi possível implementar a grelha de observação nesta fase. Para ultrapassar este contratempo, transformou-se a grelha de observação em questionário com respostas gradativas - Escala de Likert (Apêndice 4), em que se utilizou uma primeira parte para questionar acerca da formação feita no último ano, bem como o tipo de formação frequentada, que ajudou também a perceber a importância da formação, na perspetiva dos enfermeiros. O restante questionário foi utilizado como uma atividade na fase do planeamento (descrita mais à frente). A Grelha foi utilizada numa fase pós formação em serviço para avaliar a existência de mudanças de comportamento, utilizada na fase da avaliação. Por questões temporais, foram feitas observações durante cinco turnos, que podem não refletir a mudança ou melhoria de comportamento quanto às situações de isolamento, mas este trabalho pode ser continuado por qualquer enfermeiro que pretenda trabalhar esta área, e aferir melhores resultados.

Na primeira parte do questionário foram feitas algumas perguntas com o intuito de

caracterização da amostra em estudo. Uma segunda parte pretendeu-se respostas em relação à frequência de sessões de formação sobre precauções de isolamento e também alguns itens com resposta gradativa que nos permitiu conhecer a percepção dos enfermeiros acerca da sua prática e de quais os aspetos onde necessitam de aprofundar os seus conhecimentos e melhorar práticas.

A primeira questão era se achavam que tinham boas práticas na área das precauções de isolamento.

Pratica Boas Práticas na área das precauções de isolamento.



*Gráfico 4: Práticas dos Enfermeiros na área das precauções de isolamento*

Quando questionados diretamente acerca das suas práticas no âmbito das precauções de isolamento, a maioria da equipa não hesita em admitir que tem boas práticas nesta área. Como se pode observar pelo gráfico a maioria da equipa assume que tem boas praticas na área das precauções de isolamento (concorda parcialmente  $n=11$  e concorda totalmente  $n=6$ ). Uma pequena percentagem que corresponde a 2 elementos não tem opinião formada quanto às suas práticas e apenas 1 elemento assume que nem sempre adota as melhores práticas na área das precauções de isolamento.

Outra questão pertinente era perceber se os enfermeiros achavam que tinham os conhecimentos adequados sobre a matéria em estudo. E que nos permite validar a necessidade de formação nesta área.



Os seus conhecimentos na Área de Prevenção e Controlo de Infecção associada aos cuidados de enfermagem são adequados.

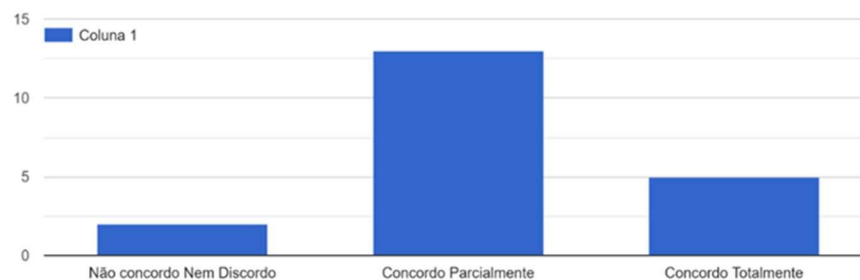


Gráfico 5: Conhecimentos na área da Prevenção e Controlo de Infecção

Ao serem questionados acerca dos seus conhecimentos na Área de Prevenção e Controlo de Infecção associados aos cuidados de enfermagem, a maioria da equipa respondeu de forma positiva ( $n = 13$  concorda parcialmente e  $n = 5$  concorda totalmente). Apenas uma pequena amostra ( $n = 2$ ) não tem opinião acerca dos seus conhecimentos na área.

Sendo a formação um dos aspetos tão importantes, questionou-se os profissionais acerca da importância que estes atribuem à formação periódica (formação essencialmente de atualização de normas, procedimentos, guidelines).

A formação periódica na Área da Prevenção e Controlo de Infecção contribui para uma melhoria na prática dos enfermeiros.

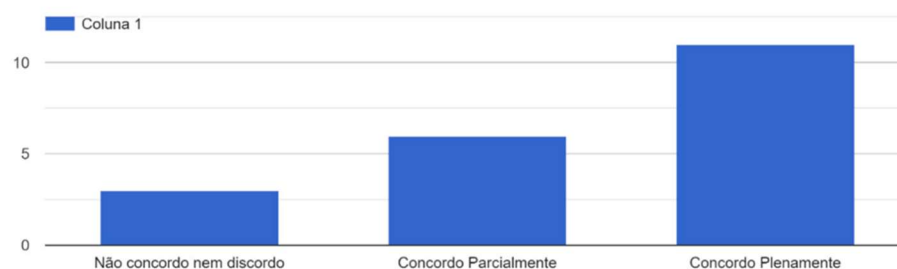


Gráfico 6: Formação Periódica na Área da Prevenção e controlo de infeção e melhoria na prática dos enfermeiros

Relativamente ao contributo da formação na Área da Prevenção e Controlo de Infecção a grande maioria da equipa,  $n=17$  ( $n=6$  concorda parcialmente e  $n= 11$  concorda plenamente) concorda que a formação é uma mais valia para a sua prática diária. Apenas 3 elemento não tem opinião formada relativamente ao que foi questionado.

Atendendo à importância dada pelos enfermeiros à formação na Área de Prevenção e Controlo de Infecção, questionou-se relativamente à formação feita durante o último ano.

Fez formação na Área da Prevenção e Controlo de Infecção durante o último ano?  
20 respostas

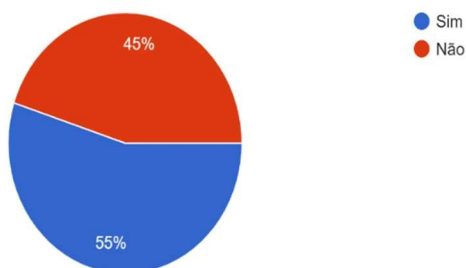


Gráfico 7: Formação realizada pelos enfermeiros durante o último ano

Dos 20 enfermeiros que responderam ao questionário 55% (n=11) referem terem feito, no último ano, formação na Área de Prevenção e Controlo de Infecção. O que corresponde a pouco mais de metade da equipa.

Em relação aos enfermeiros que fizeram formação no último ano, tentou-se perceber-se em que contexto a realizaram.

Contexto em que realizou a formação:  
11 respostas

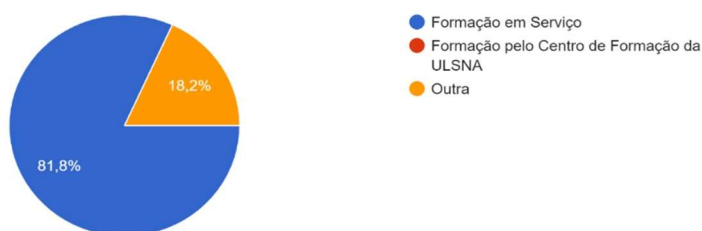


Gráfico 8: Contexto em que a formação foi realizada

Dos 55% dos enfermeiros (n=11) que realizaram formação na área, a grande maioria (81,8%, n=9) realizou essa mesma formação como Formação em Serviço (formação que é dada no serviço quando são identificadas necessidades de melhoria, atualização e normalmente são dadas por elementos específicos tais como o enfermeiro que faz de elo de ligação com o GCL-PPCIRA ou outros como elementos a cumprir estágio no serviço que

apresentam sugestões de formação). Enquanto os restantes 18,2% (n=2) referem que receberam formação de outra entidade.

Depois desta análise surge-nos a seguinte problemática:

**“Quais as necessidades de formação da equipa de enfermagem do SU acerca das medidas de precaução de isolamento dos doentes?”**

## 2.3 DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS

Depois de se perceber o problema encontrado em relação à necessidade de formação da equipa acerca das medidas de precaução de isolamento no Serviço de Urgência e a possibilidade de melhorar as práticas, pretende-se estabelecer objetivos que nos permitam melhorar a prática de enfermagem no que ao isolamento de doentes diz respeito.

Assim, definiu-se como **objetivo geral**: Melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem no serviço de urgência no âmbito da prevenção e controlo de infeção.

Como **objetivos específicos** definiram-se os seguintes:

- Realizar formação à equipa de enfermagem sobre precauções de isolamento;
- Apresentar o manual de boas práticas no serviço de urgência;
- Uniformizar procedimentos para a prevenção e controlo da infeção de acordo com a cadeia epidemiológica e segundo as vias de transmissão;

## 2.4 PLANEAMENTO

O Planeamento consiste na elaboração de um plano detalhado que se tornará a linha orientadora para a organização de todo o projeto. Na fase de planeamento definem-se as atividades, estratégias e os meios (recursos humanos, técnicos e financeiros) necessários, tendo por base os objetivos delineados (Ruivo et al., 2010).

O planeamento deste projeto tem como objetivos:

- Identificar as necessidades de formação da equipa de enfermagem do SU;
- Elaborar uma proposta de manual de boas práticas;

- Realizar formação à equipa de enfermagem sobre precauções de isolamento;
- Apresentar o manual de boas práticas no serviço de urgência;
- Uniformizar procedimentos para a prevenção e controlo da infeção de acordo com a cadeia epidemiológica e segundo as vias de transmissão.

Para alcançar os objetivos deste PIS delinear-se atividades e realizou-se uma calendarização das mesmas através de um cronograma (Apêndice 5).

Uma das primeiras atividades efetuadas nesta fase foi uma revisão sistemática da literatura acerca da temática em estudo, que culminou num artigo que aborda várias temáticas dentro desta temática major das precauções de isolamento. Temas como as consequências ou efeitos adversos do isolamento nos utentes, as falhas na prática dos cuidados, bem como as necessidades de formação na área em estudo. O artigo intitula-se “Conhecimentos acerca de precauções de isolamento – Cuidar em Enfermagem” (Apêndice 6).

Outra atividade realizada foi a aplicação do questionário aos enfermeiros que se voluntariaram a participar neste estudo. O questionário tinha como objetivo perceber quais as áreas onde poderiam existir maiores dificuldades relativamente ao isolamento dos doentes no SU, bem como as ações que eram praticadas pelos enfermeiros perante um doente com necessidade de precauções de isolamento. (Apêndice 7)

Para elaborar o Manual de Boas Práticas, outras das atividades previstas, procedeu-se à pesquisa em páginas oficiais da OMS, OCDE, DGS, normas e procedimentos de qualidade da Instituição de toda a informação possível relacionada com a temática das precauções de isolamento. De seguida preparou-se uma sessão de formação para apresentar o Manual de Boas Práticas e para perceber a opinião dos enfermeiros, recolhendo destes opiniões e sugestões quer para o Manual de Boas Práticas quer para a prática em si.

Para a sessão de formação foi elaborado um plano de sessão (Apêndice 8), onde constam o tema, os objetivos, os métodos e o tempo de duração previsto para cada etapa da sessão de formação. A formação foi realizada em serviço onde compareceram os enfermeiros que estavam de serviço e alguns que não estando de serviço se disponibilizaram a participar da mesma (Apêndice 9).

Outra atividade que foi realizada foi a observação direta, cujo objetivo era perceber se haviam ocorrido mudanças nas práticas. A observação, como método permite-nos obter dados importantes do contexto e das práticas das pessoas nesse contexto. Neste caso,



recorreu-se à observação não participante direta, uma vez que o “observador não pertence ou não participa do grupo de observados (...), e é direta porque “é feita no terreno em contato direto com o grupo de observados e o contexto envolvente” (Santos, 1994).

## 2.5 EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO

“A etapa da Execução da Metodologia de Projeto materializa a realização, colocando em prática tudo o que foi planeado” (Ruivo et al, 2010). A materialização deste PIS decorreu durante o Estágio Final no SU.

Numa primeira fase, foi feita uma revisão sistemática sobre a temática, que nos permitiu enquadrar o tema e perceber algumas sub temáticas relacionadas com o mesmo, tal como as consequências e efeitos adversos do isolamento dos doentes, as falhas na prática dos cuidados. Existem estudos que referem que estes doentes em isolamento têm menos contato com os profissionais de saúde, e que sofrem conseqüentemente de ansiedade, depressão, entre outras, bem como as necessidades de formação continua na área das precauções de isolamento.

Para a execução deste PIS procedeu-se à realização das atividades planeadas na fase do Planeamento.

Devido a problemas de tempo (quer a implementação do questionário quer a implementação da grelha de observação só puderam ser postos em prática após a autorização oficial do CA, e depois houve um interregno do estágio para férias, o que encurtou o tempo para a realização do PIS), apenas alguns itens da grelha foram observados, e que serão alvo de descrição mais à frente.

Da observação direta (e tendo por base os itens constados na Grelha de Observação), verificou-se que:

É feita avaliação de risco de transmissão de agentes infecciosos na admissão do doente?

11 respostas

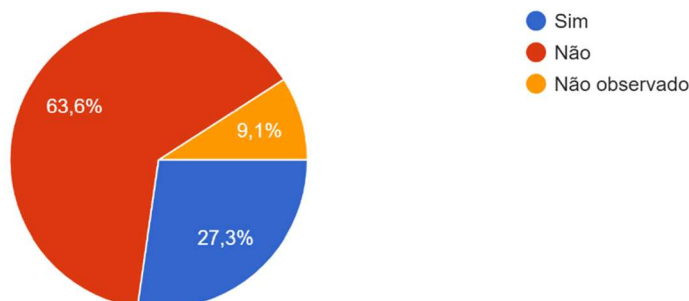


Gráfico 9: Avaliação do risco de transmissão de agentes infecciosos na admissão do doente

Raramente é feita a avaliação de risco de transmissão de agentes infecciosos na admissão do doente (nomeadamente na triagem), salvo exceção de um doente que seja recorrente no SU e se saiba à partida que é colonizado/infectado por MMR ou outro microrganismo, ou doente que apresenta clínica evidente de doença contagiosa (meningite, sarampo, varicela, tuberculose, entre outros). Se a avaliação de risco não é feita, os doentes com maior risco de transmissão de MMR não são isolados, ou 'afastados' dos restantes utentes.

Do período em que foi feita observação, não foi vista realização de avaliação do risco de transmissão de infeção, recorrendo ao método de zaragatoa, como previsto na PQ -08 da instituição. Apenas uma avaliação intuitiva dos doentes que são recorrentes com MRSA, feridas crónicas, entre outras.

Os doentes de maior risco de transmissão são isolados em local que minimize esse risco

11 respostas

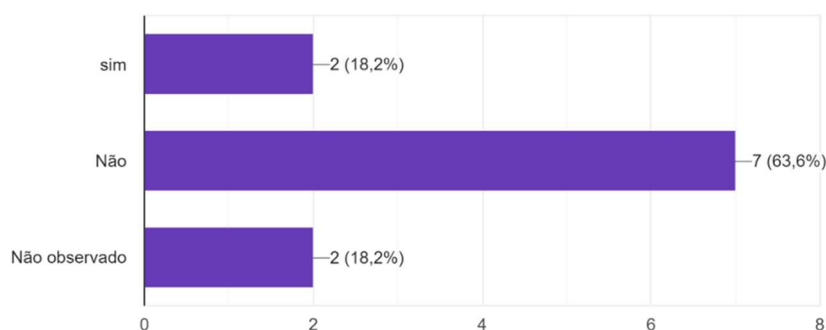


Gráfico 10: Isolamento dos doentes em local que minimize risco de transmissão infeção - isolamento

Salvo exceções em que a separação de doentes é feita através de cortinas, por exemplo no caso de doentes que estão no balcão dois onde necessitam ser monitorizados, onde lhes é trocada roupa, fraldas. Esta separação por cortinas não tem como objetivo o isolamento em coorte, mas para manter a individualidade, privacidade e dignidade do doente.

A comprovar a não avaliação de risco de transmissão, apresenta-se como exemplo, os doentes que recorrem ao SU com sintomas gripais em que na triagem não lhes é fornecida máscara cirúrgica nem lhes é facultado acesso a local onde não esteja em contato com outros utentes. Assim como os enfermeiros que permanecem a menos de 1 metro do doente também não recorrem ao uso da máscara cirúrgica.

Localização do doente  
10 respostas

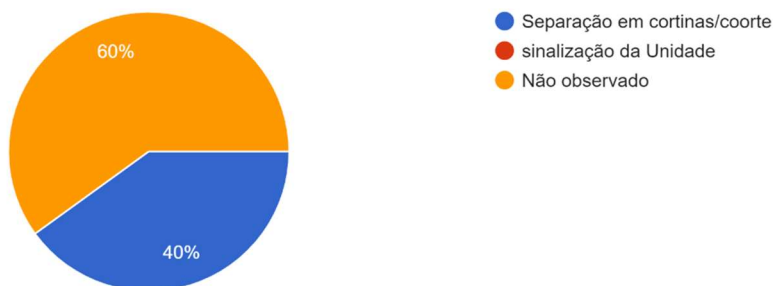


Gráfico 11: Localização do Doente

Se estiver a menos de 1 metro do doente coloca máscara cirúrgica.  
11 respostas

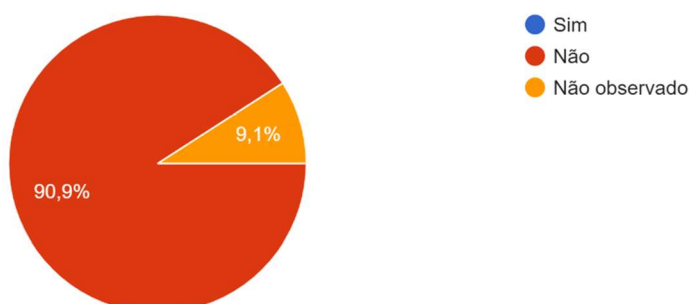


Gráfico 12: Utilização da máscara cirúrgica

Da observação direta realizada no SU, observou-se uma situação em que 1 doentes que necessitava de isolamento de proteção (neste caso doente oncológico a realizar ciclos de quimioterapia), foi-lhe fornecida máscara cirúrgica e nesse dia foi possível alocar esse doente ao SO 2, onde não se encontravam doentes internados, o que permitiu que este doente não estivesse em contato com outros doentes do SU, cumprindo-se assim as premissas do isolamento protetor

A sinalização da unidade deste doente em isolamento de proteção não foi realizada.

Como visto anteriormente, e analisando o gráfico n.º 11 a sinalização dos doentes/unidades com necessidade de precauções de isolamento era inexistente. A separação dos doentes com cortinas, não eram por motivos de precauções de isolamento, mas para salvaguardar a sua intimidade, principalmente nos momentos de trocas de roupa, mudas de fralda, técnicas invasivas como por exemplo algaliação, entre outras.

Pela observação direta, verificou-se que as luvas constituem a PBCI mais utilizada, e normalmente eram usadas de forma adequada. 36,4% das observações verifica-se que os enfermeiros procedem à higienização das mãos antes de colocar as luvas, e pontualmente verifica-se a higienização das mãos após o uso das luvas.

Higienização das mãos antes de colocar EPI  
11 respostas

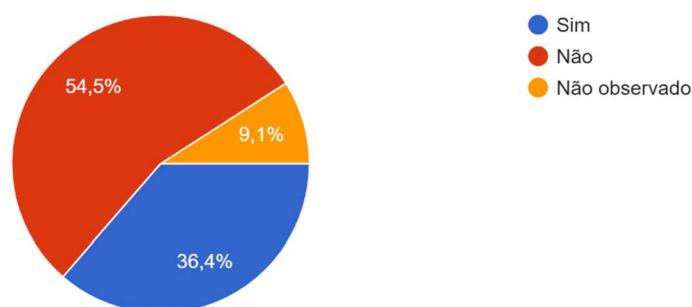


Gráfico 13: Higienização das mãos antes de colocar EPI

Relativamente ao uso de avental/bata, verifica-se o seu uso frequente no SO, aquando dos cuidados de higiene dos doentes e pontualmente em situações de doentes que



apresentam condições de higiene degradadas, ou outra situação pontual.

A verdade é que 90,9% dos enfermeiros não utilizam avental nem bata.

Usa sempre bata ou avental sempre que prevê o contato com fluidos orgânicos e /ou material contaminado

11 respostas

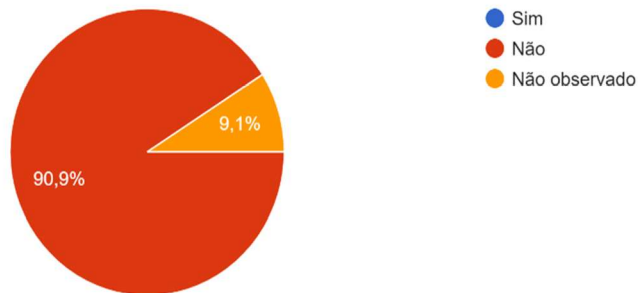


Gráfico 14: Uso do avental

Utiliza respirador de partículas PFF2/N95 , se há clinica para isolamento respiratório.

11 respostas

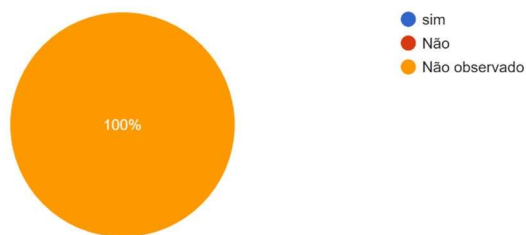


Gráfico 15: Utilização de máscaras PFF2

Não foram verificados casos em que fosse necessário o uso de máscaras PFF2.

Informa o doente/família do motivo do isolamento e das medidas de precaução.

11 respostas

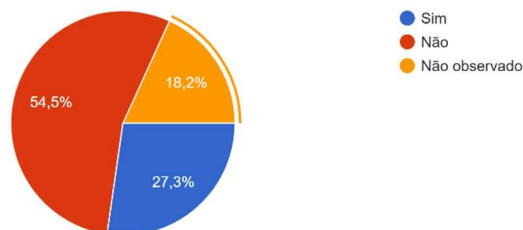


Gráfico 16: Informação ao doente/família sobre motivo e prevenção das medidas de precaução

Segundo as observações feitas, mais de 50% dos doentes que ficam em isolamento ou necessitam de medidas de isolamento não são informados destas, bem como a família.

Situação igual, acontece com os ensinios sobre os tipos de isolamento e as medidas de prevenção. Mais de 50% dos doentes não sabem que tipo de isolamento necessitam e quais as medidas de prevenção a que devem ser sujeitos.

Restringe o número de visitas.  
11 respostas

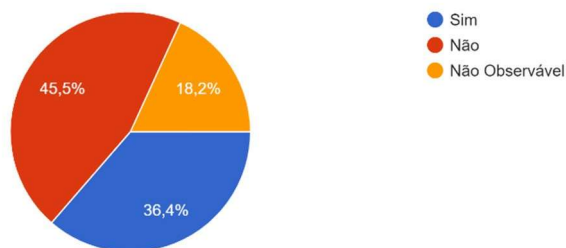


Gráfico 17: Restrição do número de visitas

Os doentes com medidas de precauções de isolamento devem ter restrição de visitas, mas pelo que foi observado, cerca de 45,5% dos enfermeiros não restringem o número de visitas aos doentes com precauções de isolamento.

O transporte do doente em isolamento é limitado ao estritamente necessário.  
11 respostas

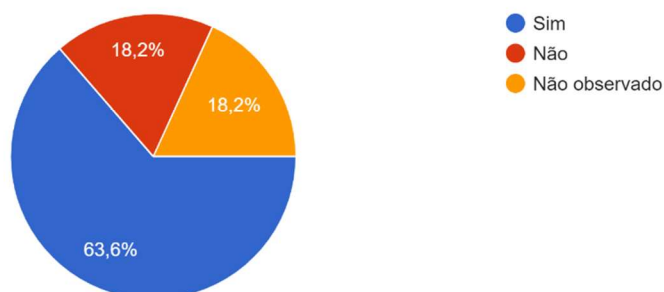


Gráfico 18: Restrição do transporte do doente com precauções de isolamento

Pelo que foi observado, o transporte dos doentes é feito de forma restrita, isto é, só circulam o estritamente necessário para exames complementares de diagnóstico, transferência para outro serviço...

É utilizado material individualizado para o doente com precauções de isolamento.  
11 respostas

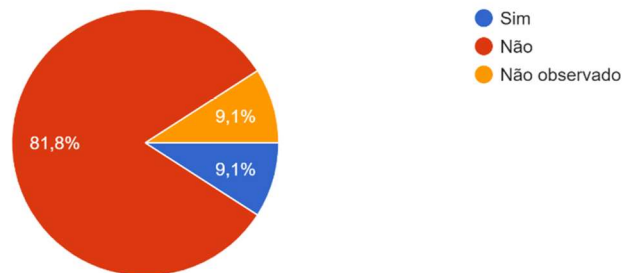


Gráfico 19: Utilização de material individualizado em doentes com precauções de isolamento

Um doente sujeito a precauções de isolamento, deve ter a sua própria unidade, com material individualizado, o que a maior parte das vezes não se verifica, muitas vezes por falta de material.

Após a transferência/alta do doente é feita a correta descontaminação da unidade onde permaneceu o doente em isolamento.  
11 respostas

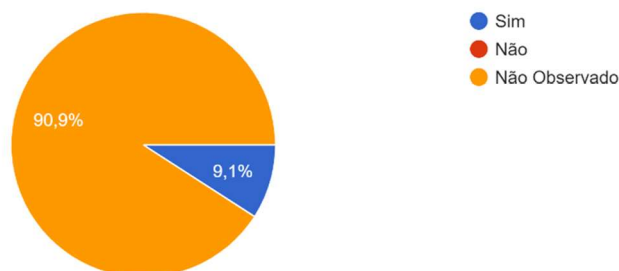


Gráfico 20: Descontaminação da unidade do doente sujeito a medidas de isolamento

Quando ocorre a transferência do doente para outros serviços nem sempre é possível verificar se foi feita a correta descontaminação da unidade do doente.

Dentro deste item, foi feita uma sugestão por um dos enfermeiros que se disponibilizou a preencher o questionário

A sugestão apresentada foi, e passando a citar:

“Quando é feita a descontaminação ou desinfecção da unidade do doente, seria pertinente colocação (fita, selo...) de evidencia nessa mesma unidade”. Esta situação reporta-nos à problemática da identificação/não, identificação do que é feito. Acontece muitas vezes que o enfermeiro necessita de uma maca/cadeirão para colocar um doente e muitas vezes não sabe se aquela já foi submetida a desinfecção como é de esperar. A sinalização da unidade do doente após a sua desinfecção pode ser, um meio de comunicação entre profissionais, quando a comunicação verbal nem sempre é possível.

Durante o período de isolamento é feita a passagem da informação entre os profissionais.

11 respostas

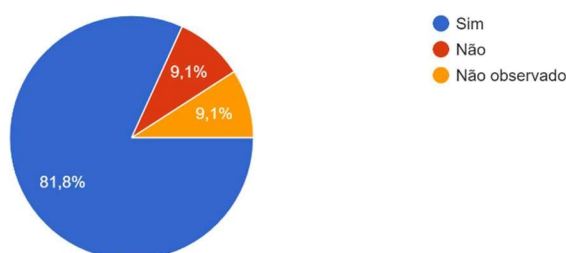


Gráfico 21: Passagem de informação entre profissionais

Em qualquer tipo de situação a passagem de turno é realizada e a comunicação entre profissionais é efetuada de forma eficaz através da técnica ISBAR (mnemónica). Esta é uma técnica de comunicação usada na transmissão dos cuidados de saúde onde é seguida uma ordem de informação de forma a que esta seja transmitida de forma eficaz: I (identificação do utente), S (situação atual do doente), B (antecedentes pessoais/anamnese), A (avaliação dos parâmetros) e R (Recomendações/plano de cuidados).

O questionário implementado foi alvo de algumas críticas, praticamente sobre a mesma temática. Independentemente do SU não ser um serviço onde se preveja terem doentes em isolamento é uma necessidade que, apesar de temporária pode existir e considerando a necessidade de segurança dos cuidados tem de ser assegurada.



- O serviço de urgência não é um serviço onde estejam doentes em isolamento. Por isso algumas perguntas não se adequam
- Algumas perguntas não se adequam ao SU, visto não ser um serviço com isolamento, apenas isolamento de contato
- Este questionário não está de acordo com a realidade física e estrutural deste serviço.

Já se tinha chegado à conclusão de que uma das maiores problemáticas do SU era a estrutura física que dificultava o isolamento dos doentes sempre que necessário. No entanto o SU sendo a porta de entrada dos doentes, por vezes infetados/colonizados, tem necessidade de proceder ao isolamento dos mesmos, pelo menos enquanto estes são observados pelo médico, são alvo de administração de terapêutica, fazem exames complementares de diagnóstico e aguardam vaga para internamento. Por isso, não será correto afirmar-se que no SU “não é um serviço onde estejam doentes em isolamento”, ou que “visto não ser um serviço com isolamento”.

Por outro lado, uma das críticas refere-se à “realidade física e estrutural deste serviço”. O que não poderíamos não concordar uma vez que foi um dos pontos que mais dificuldades levante quando se pretende proceder ao isolamento de um doente.

Para justificar as duas afirmações relativas ao fato de o SU não ser um serviço de isolamento recorreremos à literatura para tentar perceber a relação entre o ambiente de trabalho e os resultados verificados nos doentes. Segundo Amaral e Ferreira (2013), o ambiente da prática é constituído por um conjunto de características organizacionais que podem facilitar ou constranger a prática dos cuidados. Enfermeiros com sobrecarga de trabalho, desmotivados tendem a não investir na sua formação que ajudaria na resolução de problemas que surgem na prática diária da prestação de cuidados.

Neste SU, há algumas formas de se proceder ao isolamento de doentes, caso seja necessário. E como foi evidente na pandemia do H1N1 e mais recentemente na pandemia do Coronavírus há locais e formas de se proceder ao isolamento de doentes sem sequer colocar em risco os outros utentes que se encontram a receber tratamento no SU, recorrendo ao gabinete de isolamento (sala de apoio de ortopedia, com entrada pelo exterior do SU). Em situações menos graves, é possível isolar doentes na mesma sala referida anteriormente (exemplos de casos de suspeita de tuberculose, meningite, sarampo...). O próprio isolamento de proteção é realizado sempre que possível colocando os doentes na sala de pequena cirurgia (quando disponível), ou nalguma das salas de SO,

quando não ocupadas por doentes internados em vigilância permanente.

Durante a sessão de formação de apresentação do Manual de Boas Práticas, foram pedidas sugestões e discutidas alternativas em equipa de se poderia melhorar a prática de isolamento neste serviço. Chegou-se à conclusão que efetivamente era necessário proceder ao isolamento de alguns doentes, e importante também seria a sinalização da unidade do doente com precauções de isolamento. O isolamento teria sempre de ser feito consoante a disponibilidade do espaço no SU, recorrendo ao uso de equipamento de proteção individual por parte do profissional de saúde. Tentar minimizar o contato desse doente com outros e sinalizar a unidade com o tipo de isolamento. Para os casos em que o doente com precauções de isolamento ficasse internado em SO, decidiu-se que a sinalização seria colocada junto da unidade do próprio doente, que ficaria alocado sempre junto à janela, com mesa de apoio com material individualizado.

A materialização do PIS levou a momentos de pesquisa intensa e reflexão que conduziram à potencialização das competências de EEEMCPSC, bem como à materialização de documentos que ajudaram na resolução do problema, respondendo de forma eficaz aos objetivos definidos na fase da Definição de Objetivos. O documento realizado foi um Manual de Boas Práticas “Precauções de Isolamento no Serviço de Urgência”. Posteriormente apresentou-se o Manual de Boas Práticas à equipa de Enfermagem, numa sessão de formação em serviço com objetivo de rever conceitos e procedimentos e aferir e discutir determinadas práticas no SU, bem como recolher sugestões quer para completar o Manual de Boas práticas quer sugestões para melhoria das práticas no contexto real.

Na metodologia de projeto, a fase da avaliação constitui o momento em que o trabalho é questionado, devendo aquela ser continua, para o caso de ser necessário uma retroação com *“vista a facilitar a redefinição da análise da situação, a reelaboração dos objetivos, ação e seleção de meios, bem como a análise dos resultados”* (Leite et al, 1989 citado por Ruivo et al 2010: 24).

Para Castro et al (1993) citado por Ruivo et al (2010:25) “o processo é tão importante quanto o produto realizado”. Há dois momentos no processo de avaliação que se considera importantes: a avaliação do processo e a avaliação dos resultados.

Desenvolvida com a etapa da execução, a avaliação intermédia constitui o momento em que se faz uma reflexão sobre o percurso desenvolvido (Castro et al citado por Ruivo et al.,2010), e se procedem aos ajustes do trabalho feito até ao momento a partir de sugestões dadas por terceiros com objetivo de obter melhorias e caso necessário, proceder à introdução

de novas atividades que sejam pertinentes no projeto. “O processo de avaliação na dinâmica de projeto é complexo e implica a contemplação de várias vertentes de análise e reflexão” (Ruivo et al., 2010, p.25). Assim, a avaliação do PIS implica verificar se os objetivos inicialmente definidos foram alcançados.

Sendo assim, segue-se uma análise descritiva e crítica das atividades realizadas para cada objetivo traçado:

- Identificar as necessidades de formação dos enfermeiros no SU no âmbito das precauções de isolamento. Esta identificação foi feita a partir do questionário implementado onde se questionam os enfermeiros acerca do tipo de formação que têm feito na área das precauções de isolamento bem como algumas atividades que devem ser realizadas perante um doente com precauções de isolamento.

- Elaborar uma proposta de manual de boas práticas: para proceder à concretização deste objetivo, foi necessário realizar uma pesquisa exaustiva em sites fidedignos e documentação científica, tais como DGS, OMS, protocolos da instituição, guidelines, normas, entre outras. Foi também necessário, observar o contexto real, para perceber as limitações existentes, principalmente as barreiras físicas, mas não esquecendo as barreiras humanas, que podem impedir as práticas corretas na área das precauções de isolamento.

- Realizar formação à equipa de enfermagem sobre precauções de isolamento: após a pesquisa para a elaboração do Manual de Boas Práticas, e feito um protótipo do mesmo, realizou-se uma sessão de formação em serviço, em que participaram elementos da equipa de enfermagem. Nesta sessão, aferiu-se conceitos, percursos e locais possíveis para encaminhar doentes com necessidade de isolamento, bem como a sinalização do doente/unidade do doente com necessidade de precauções de isolamento (estes dois itens são considerados, pela equipa, os itens que possuem maior dificuldade na sua realização no contexto real).

No decorrer da sessão de formação, foi apresentado o protótipo do Manual de Boas práticas, discutido o seu conteúdo, tendo sido unanime o reconhecimento da sua importância. No final da sessão de formação foi solicitado aos presentes o preenchimento de um questionário onde é avaliada a sessão de formação e o desempenho do formador (Apêndice 10).



- Implementar o manual de boas práticas no serviço de urgência: o manual ainda não foi implementado no SU, uma vez que carece de algumas alterações após terem sido dadas sugestões para alterações em alguns itens e de ser apresentado ao Presidente do CA. Esta última medida foi exigência do Presidente do CA, e vem descrita na autorização formal do CA.

- Uniformizar procedimentos para a prevenção e controlo da infeção de acordo com a cadeia epidemiológica e segundo as vias de transmissão: este objetivo será avaliado a longo prazo, após a implementação do “Manual de Boas Práticas: Precauções de Isolamento no Serviço de Urgência”. Este objetivo vai-se prolongar ao longo dos tempos enquanto surgirem doentes no SU, quer tenham ou não necessidades de precauções de isolamento. Este objetivo é um objetivo que deve ser concretizado em cada turno, em cada prestação de cuidados. Deve estar presente na prática diária da equipa de enfermagem. Isto é, cada enfermeiro deve refletir e avaliar este objetivo em cada turno que faz.

Após a concretização das atividades delineadas e referidas anteriormente, conclui-se que não tendo sido cumpridos na totalidade por todas as limitações já referidas anteriormente, este é um PIS que pode ser complementado por colegas que queiram e sintam necessidade de dar continuidade ao mesmo. Além do exposto, o tema deste PIS é um tema em constante atualização, uma vez que devido aos avanços científicos, aos novos conhecimentos de microrganismos e suas vias de transmissão bem como a resistência a antibióticos é uma área que deve estar sempre a ser atualizada. Por isso a formação dos profissionais de saúde deve ser uma constante, quer na área das PBCI, quer nas PBVT e nas precauções de isolamento no geral.

No entanto, o trabalho realizado, fez com que a equipa refletisse sobre a problemática das precauções de isolamento, da segurança do doente e da sua própria segurança aquando da prestação de cuidados.

A pandemia do COVID 19, veio demonstrar isso mesmo, que por muito que se ache que já tudo se sabe sobre vias de transmissão, precauções universais e precauções de isolamento, há sempre algo que necessita ser atualizado, há sempre medidas que devem ser estudadas no sentido de uma prestação de cuidados mais segura para os elementos que fazem parte das prestação de cuidados, (o doente que é alvo dos cuidados e o profissional que presta os cuidados). O enfermeiro deve procurar constantemente as melhores evidências científicas para ser detentor de uma conduta profissional exemplar assente numa prestação de cuidados com a melhor qualidade e a maior segurança possível.



## 2.6 DIVULGAÇÃO DE RESULTADOS

*“A divulgação dos resultados obtidos após a implementação de um projeto é uma fase importante (...) ma medida em que dá a conhecer à população em geral e outras entidades a pertinência do projeto e o caminho percorrido na resolução de determinado problema”* (Ruivo et al, 2010: 31). Para os autores citados *“A divulgação assegura conhecimento”* (p. 31)

Uma das formas de divulgar os resultados é através da realização de um relatório do projeto. *“O relatório de projeto consiste num trabalho escrito onde se concretiza todo o processo de desenvolvimento do mesmo”* e consiga ser ou não feito na sua totalidade *“não deve ser desvalorizada a sua importância”* (Ruivo et al, p. 32). Assim se produz este relatório de projeto que servirá quer para divulgar os resultados deste PIS quer como forma de avaliação do Mestrado em Enfermagem na Área da Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica.

Salienta-se ainda, que *“o Trabalho de Projeto permite praticar competências sociais, como a comunicação, o trabalho em quipá, a gestão de conflitos, a tomada de decisão e a avaliação de processos (...) Promove ainda a aprendizagem através da ação, ligando a teoria à prática, e a resolução de problemas a partir de situações e recursos existentes”* ( Castro et al, 2002, citados por Ruivo et al, 2010:37).

### **3. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

Podendo ter vários significantes conforme o contexto em que é utilizado, o conceito de competência tem evoluído ao longo do tempo. Benner (2001) refere que as competências não são inatas, mas sim adquiridas e desenvolvidas, melhorando com o tempo. Deste modo, é estabelecido que o enfermeiro especialista necessita de um período de formação, para que possa desenvolver as competências inerentes à sua categoria. Esta atinge-se com o tempo, pelo investimento pessoal, pela formação, pela vivência de situações profissionais e pela relação de ajuda profissional entre pares que trocam experiências e estabelecem uma relação que pretende culminar com a obtenção de um profissional de enfermagem competente para a equipa e para a classe profissional. A Enfermagem é uma profissão nobre aliada à constante excelência, que deverá ser sempre o ponto-chave para o caminho da progressão e constante melhoria.

#### **3.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

A OE (2010) define como Especialista, o enfermeiro que apresenta um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção. As competências do enfermeiro especialista decorrem do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais de acordo com um conjunto de competências clínicas especializadas. Independentemente da área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, consideradas competências comuns (OE,2010). As competências comuns abrangem quatro domínios de competências: Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; Domínio da melhoria contínua da qualidade; Domínio da gestão dos cuidados e Domínio das aprendizagens profissionais.

### **Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**

A1 — Desenvolve uma prática profissional, ética e legal na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.

A2 — Garante práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Segundo o artigo 8º do REPE, no exercício das suas funções, o enfermeiro deve respeitar os direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos, seguindo uma conduta responsável e ética (OE, 2015) É da responsabilidade do enfermeiro especialista desenvolver uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção, prestando cuidados de forma segura e profissional. Estes cuidados devem assentar em sólidos conhecimentos do domínio ético-deontológico e tendo em conta as preferências do utente, promovendo a autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados em saúde. (OE, 2011).

O exercício da profissão de enfermagem implica uma dimensão ética que inclui uma dimensão moral, que se baseia no respeito, na competência, na justiça. Dimensões que os outros esperam que os enfermeiros sejam detentores. O objetivo final é a proteção dos direitos das pessoas e o alicerçar a ação do enfermeiro. O código deontológico dos enfermeiros, descreve os princípios profissionais orientadores da prática de enfermagem, com base em princípios éticos. Todos os valores ajudam na tomada de decisão e nos deveres e obrigações correspondentes às normas e as condutas que o enfermeiro deve adotar no exercício da enfermagem.

Ao longo do período de estágio procurou-se sempre desenvolver este domínio através da adoção de práticas de cuidados que respeitassem quer os direitos dos doentes quer as responsabilidades inerentes aos cuidados de enfermagem.

Exercer funções num SU onde recorrem utentes, tão diferentes entre si, tais como, diferentes raças e etnias, com diferentes culturas e modos de estar bem como sensibilidades diferentes, requer por parte do enfermeiro um esforço acrescido no sentido de perceber todas essas diferenças e prestar cuidados a esses utentes, sem criar estereótipos, sem preconceitos. Assim é necessário trabalhar e por em prática os princípios éticos que regem a profissão de enfermagem e prestar os melhores cuidados a todo e qualquer utente que recorra ao SU, sem criar “fossos” entre utente e profissional, atuando sempre com base nos princípios básicos da ética, o direito de igualdade, não maleficência e beneficência, respeitando qualquer utente enquanto ser humano, no seu todo, e tentando sempre ter consideração pelas suas

escolhas.

Foram necessários vários momentos de reflexão no sentido de se perceber se estavam a ser adotadas as melhores posturas. Saber lidar com estas situações implica interiorizar os princípios éticos e perceber o ser humano como ser holístico, mas também com características muito específicas, e dentro dessas características tão específicas saber adotar os melhores comportamentos, para não criar conflitos nem barreiras na prestação de cuidados. Tendo uma postura adequada, sendo assertiva e empática, melhora a prestação de cuidados, evitando conflitos desnecessários. Integrando um elemento da família na prestação de cuidados torna todo este processo mais fácil. À luz do Código Deontológico, é preconizado que a relação profissional se deve desenvolver pelos princípios gerais, de entre os quais se destaca a igualdade. É com agrado que se percebeu uma enorme evolução pessoal nesta área.

Foram constantes alguns momentos de reflexão e diálogo com a enfermeira orientadora e outros enfermeiros especialistas sobre alguns assuntos pontuais relacionados com doentes o que permitiu consolidação de conhecimento e contribuiu de forma bastante significativa para uma tomada de decisão consciente e fundamentada.

Na prática diária, não nos cruzamos só com utentes de diferentes raças, credos, culturas. Cada vez mais, aparecem utentes cada vez mais informados e mais exigentes que esperam cuidados cada vez mais diferenciados e com maior qualidade. Esta situação implica que o enfermeiro esteja sempre em atualização e que seja detentor da melhor evidencia científica possível, quer para prestar cuidados com a melhor qualidade possível quer para conseguir dar as melhores expelições e fazer os melhores ensinamentos possíveis aos utentes e à família.

Num SU onde recorrem um sem número de utentes para receber cuidados, e com condições estruturais limitadas (do SU), por vezes há necessidade de criar alternativas para se preservar a privacidade dos utentes. Trata-se de doentes vulneráveis que permanecem em corredores expostos aos “olhares” de outros, tempo demais à espera de realizar exames complementares de diagnóstico, à espera de vaga no internamento. Nestas situações torna-se necessário criar estratégias que protejam a privacidade destes doentes. Uma das estratégias passa por colocar estes doentes em locais disponíveis e onde seja possível obter alguma privacidade pelo menos durante a realização de procedimentos, técnicas ou mesmo cuidados de conforto (mudança de fralda, cuidados de higiene), com recurso a cortinas, biombo disponíveis no SU. O enfermeiro especialista garante assim práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos bem como as suas responsabilidades profissionais, que são a proteção dos direitos humanos e tem ainda a competência de analisar todo o contexto e gerir, dentro da equipa, as práticas dos cuidados, onde sejam privilegiados a segurança, a privacidade e a dignidade do doente. Ao analisar o contexto de uma forma antecipada



consegue garantir as premissas referidas.

Ainda no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, e para a realização do PIS, foi pedida autorização ao conselho de administração e parecer ao conselho de ética da instituição e foi dada a garantia quer ao supracitados quer aos participantes, a salvaguarda da confidencialidade dos dados recolhidos.

Para Martins (2008:66) “toda a investigação científica é uma atividade humana de grande responsabilidade pelas características que lhe são inerentes”. Para este autor o investigador deve ter uma consciência ética e humilde e pedir autorização para a execução de qualquer projeto de investigação.

A componente teórica da unidade curricular de Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem deu as bases para o desenvolvimento de conhecimentos e competências da responsabilidade profissional, ética e legal. Esta área teórica permitiu a reflexão antecipada (antes do estágio) sobre as tomadas de decisão, tendo por base princípios, valores e normas deontológicas. Justificando as tomadas de decisão e aspetos próprios do agir do enfermeiro.

A área da responsabilidade profissional ética e legal é uma área desafiante, que no decorrer do estágio foi sendo superada, com a consciência que sendo um desafio para o dia a dia da prática de enfermagem (e não só desafio em estágio), é uma área que todos os dias pode ser melhorada, tal como Benner (2011) defende na sua teoria, “De iniciado a perito”, a prática é uma forma de conhecimento, e qualquer que seja a área quanto mais se pratica melhores respostas se consegue dar, de forma mais rápida e eficiente.

### **Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade**

B1 — Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica

B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria continua.

B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro

Segundo a OE (2012), a qualidade em saúde é uma tarefa multiprofissional que exige reflexão sobre a prática. O maior desafio passa por desenvolver estratégias e projetos que promovam a melhoria dos cuidados de saúde, mas esses projetos têm de ser incorporados no dia-a-dia da instituição de modo a que façam parte da rotina. Os resultados obtidos na área são um indicador importante de efetividade e qualidade dos cuidados prestados. Compete ao

Enfermeiro Especialista conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade, com objetivo de diminuir as taxas de incidência de erros, aumentar a segurança do doente e elevar os níveis de qualidade dos cuidados prestados. Para que tudo isto aconteça o enfermeiro deve evoluir os seus conhecimentos para níveis mais rigorosos e com a melhor evidencia científica. O alto nível de exigência não só nas instituições, mas principalmente dos utentes (cada vez mais informados e mais exigentes), o enfermeiro deve prestar cuidados de elevado nível de eficácia e baseados na melhor evidencia científica, e ainda direcionar estes cuidados não só para os doentes mas incluir a família nestes para que todos se sintam confiantes e seguros.

No decorrer do estágio, foram consultados protocolos existentes no serviço, que para além de facilitar a integração, contribuíram para o crescimento profissional. Ao tomar conhecimento de procedimentos protocolados no serviço, privilegia-se a uniformização dos cuidados. Perante uma vasta gama de procedimentos e situações desconhecidas, procurou-se adquirir conhecimentos através de bases de dados, científicas e com evidência reconhecida. Posteriormente, foi feita a confrontação / reflexão da teoria com a prática, tendo o enfermeiro orientador e restantes elementos como intermediários. Esta procura ajudou a consolidar o saber, a aumentar a confiança e a reduzir a probabilidade de erro.

Aprendeu-se a usar o sistema Pyxis – sistema de fornecimento automatizado (no âmbito do estágio o acesso a este sistema foi limitado uma vez que é necessário ser detentor de senha de acesso e acesso digital e por isso era uma das situações em que havia uma dependência quer do enfermeiro orientador quer de outros enfermeiros que se disponibilizam para aceder ao Pyxis com as suas senhas de acesso).

*“O sistema Pyxis consiste num conjunto de armários automáticos de armazenamento e distribuição do medicamento situados num serviço clínico e gerido por uma consola central localizada na farmácia hospitalar. Estes armários possuem gavetas com diferentes tipos de segurança, facilitando a cedência de medicamentos”* (Peixoto, 2013 citado por Solas, 2015).

*“A introdução gradual de novas tecnologias de apoio aos serviços hospitalares veio possibilitar a utilização de sistemas e registos informáticos que agilizam o processo de administração de terapêutica, articulando em tempo real prescritores, enfermeiros e serviços farmacêuticos”* (Rodrigues, 2009 citado por Solas, 2015)). Neste sentido e segundo o mesmo autor supracitado, a implementação de um sistema automático de armazenamento e distribuição de medicação (Pyxis) contribui para a qualidade da distribuição dos medicamentos, facilitando o controlo de stocks, a racionalização de recursos humanos e promove a diminuição de erros de medicação. Ao consultar bibliografia sobre o Pyxis (uma

vez que é um sistema que não uso no serviço onde presto cuidados) e suas utilidades, percebeu-se que existem estudos que ditam vantagens e ganhos no uso deste sistema de armazenamento e distribuição de medicamentos. Com este sistema há uma informação em tempo real sobre a prescrição do medicamento e consequentemente uma melhor gestão do mesmo. Para Peixoto, 2013, citado por Solas, 2015), este sistema permite que haja uma redução dos pedidos de medicação, facilita o controlo dos prazos de validade da medicação e reduz também o número de medicação em stock, isto é, é reposto o que é gasto, não havendo excesso de medicação que é pouco utilizada. Outra vantagem. É conhecer o gasto real dos medicamentos.

É papel do enfermeiro garantir um ambiente a segurança dos cuidados e promover um ambiente seguro, controlando os riscos que ameaçam a sua capacidade profissional e a segurança dos doentes, em consequência dos cuidados prestados. Por isso, procurou-se sempre antecipar e controlar potenciais riscos que pudessem surgir, no que aos cuidados prestados diz respeito. Focando uma atenção especial nas situações de urgência/emergência, onde devido ao stress pode ocorrer maiores riscos quer para o doente quer para o profissional.

No SU, encontra-se em funcionamento o sistema Alert, onde foi preciso aprofundar alguns conhecimentos para a utilização correta deste sistema, as dificuldades/limitações na utilização do Alert foram ultrapassadas com uma articulação direta com enfermeira orientadora. No SU encontram-se espalhados alguns computadores, e para entrar no sistema Alert é necessário fazer login (cada enfermeiro do serviço tem o seu). O login, ou senha de acesso é pessoal e intransmissível. Cada utilizador tem uma senha própria e tem de colocar o seu dedo num leitor de impressão digital para que o sistema o possa reconhecer como utilizador autorizado (esta foi mais uma limitação sentida ao longo do ensino clínico, uma vez que não havia acesso próprio, estando dependente do enfermeiro orientador ou outro que quisesse disponibilizar o seu acesso ao Alert). Através do Alert tem-se acesso a toda a informação de um determinado doente que ocorra ao SU, desde a identificação do doente, identificação fotográfica, a medicação prescrita e administrada, notas relevantes de transferência de serviço e historial clínico. Cada vez que o utente recorre ao SU fica registado tudo acerca desse episódio.

Durante a prática dos cuidados de enfermagem no SU, para além de se suportar os cuidados baseados em evidências científicas, procurou-se sempre identificar situações onde se pudessem melhorar os cuidados.



Com um número elevado de doentes com AVC, havia uma certa dificuldade no uso correto dos termos científicos. Por sugestão de uma das enfermeiras especialistas elaborou-se um pequeno cartaz sobre os termos técnicos mais usados no que a manifestação clínica diz respeito, de forma a uniformizar conceitos (Apêndice 11).

Qualquer área pode e deve ser melhorada, para isso o Enfermeiro especialista pode e deve colaborar em projetos de melhoria. Neste último estágio, identificou-se uma área que necessitava de melhorias, a área das precauções de isolamento integradas na Prevenção e controlo de infeção. Elaborou-se um manual de boas práticas com o objetivo de uniformizar procedimentos e arranjar estratégias para que fosse possível ultrapassar os obstáculos que dizem respeito à estrutura física do serviço que dificulta proceder de forma correta ao isolamento do doente. Este projeto, faz parte do PIS que será explicado na área das competências específicas do enfermeiro especialista em EMCPSC, nomeadamente na competência que diz respeito à Área da Prevenção e Controlo de Infeção.

### **Domínio da Gestão dos Cuidados**

C1 — Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa de saúde.

C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a garantia da qualidade dos cuidados

Os cuidados prestados no SU podem ir dos mais simples aos mais complexos dependendo da situação encontrada (uma pessoa com gastroenterite que requer administração de soroterapia, antieméticos, protetor gástrico é diferente do tratamento de uma pessoa com EAP, bradicardia, taquicardia supraventricular...). A ocorrência das diferentes situações é imprevisível por isso é necessária uma boa gestão do tempo e dos procedimentos a realizar, por forma a otimizar os cuidados. Esta competência foi sendo melhorada ao longo do estágio, à medida que a integração na equipa ia acontecendo, e o conhecimento do espaço físico, o local do material clínico e não clínico ia deixando de ser novidade, a destreza foi aumentando o mesmo acontecendo com a autonomia na prestação dos cuidados. O acesso ao sistema Pyxis e ao Sistema Alert, era acedido sempre com a colaboração da enfermeira orientadora uma vez que esta tinha de facultar as suas senhas de acesso.

Delegar tarefas faz parte da função do enfermeiro delegar funções e supervisionar essa delegação de funções. Esta delegação de funções prendia-se a maior parte das vezes com o transporte dos doentes para a realização de exames complementares de diagnóstico,



alimentação, higiene, desinfecção de determinados materiais e dispositivos médicos. Conhecer a equipa foi elemento facilitador, além disso o SU é provido de uma equipa de assistentes operacionais bastante competentes e conhecedores das suas funções executando-as da melhor forma possível.

Gerir, tempo, pessoas, material, nem sempre é fácil, mas fazendo parte das competências do enfermeiro especialista é algo que pode e deve ser sempre melhorado na prática do dia a dia. Esta gestão é possível quando se põe em prática a otimização das tomadas de decisão, se prioriza o trabalho em equipa, se delega funções e se procede a uma adequada supervisão dessas tarefas delegadas. Benner (2011), defende que estas capacidades são muito importantes na prestação dos cuidados ao doente em situação crítica, uma vez que nestas situações é necessário a intervenção de uma equipa organizada, eficaz e adequada, que reconheça um líder ou um tipo de liderança proveniente de um elemento qualificado e reconhecido por toda a equipa. A qualidade dos cuidados sobressai quando todos os elementos de uma equipa sabem onde estar e o que fazer na hora certa. Tudo isto se consegue mantendo uma liderança adequada, e reforçando o trabalho de equipa.

Para que os cuidados sejam prestados com qualidade é necessário que não falem recursos materiais, tais como material clínico. Para perceber como é feita a gestão do material clínico e poder participar nesta atividade, foi possível realizar um turno com a enfermeira especialista que efetua os pedidos desse material. O material clínico é pedido duas vezes por semana, através do programa informático GLINTT.HS. No armazém do serviço há o material guardado por categorias e cada caixa tem o nível e o código que lhe é atribuído no armazém principal. Tendo por base, o movimento estimado dos utentes na urgência e atendendo aos níveis existentes é efetuado o pedido ao armazém principal à 2ª e à 5ª. Este enfermeiro era o responsável também pelo pedido de reforços alimentares à cozinha, que eram feitos às 4ª, e onde era pedido que os bens alimentares fossem fornecidos duas vezes por semana, à 4ª e aos sábados, de forma a garantir que haviam sempre reforços para os doentes que permanecem algumas horas no SU e lhes possa ser fornecido algo para comer (sumo, bolachas, leite).

No domínio da gestão dos recursos também foi possível realizar um turno com a Enfermeira Chefe e perceber de que forma são elaborados os horários de trabalho tendo em conta os recursos humanos existentes no serviço e as necessidades do mesmo. Como são perspectivadas as necessidades de recursos humanos para os meses seguintes e como são transformadas essas necessidades em horas extraordinárias, uma forma de prever atempadamente a necessidade de recursos humanos, e não sendo possível colmatar as falhas com contratação de mais recursos humanos, transformar essas necessidades em turnos extraordinários para os meses subsequentes (estas estimativas são feitas pela

enfermeira chefe de três em três meses).

Outro programa utilizado pela enfermeira chefe, no âmbito da gestão de recursos, é o Gestacamp, onde aquela faz a gestão de acompanhamento de doentes ao exterior, por exemplo, transporte de doentes críticos com necessidade de acompanhamento de enfermeiro. Ou seja, sempre que há necessidade de acompanhamento, por parte da equipa de enfermagem, do doente crítico para outra instituição é feito o registo desse acompanhamento no Gestacamp.

Uma das tarefas que era realizada no turno da manhã prendia-se com a verificação de todo o material existente na sala de reanimação bem como testar monitor/desfibrilhador e ventilador. Esta tarefa era executada de forma autónoma.

Quanto mais prática era adquirida no decorrer dos turnos, mais independentes eram as tomadas de decisão, a gestão e a prestação dos cuidados, bem como os registos quer escritos quer verbais, que ocorriam aquando das passagens de turno.

Pelo exposto, considera-se que foi adaptada a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto com objetivo de se atingir uma prestação de cuidados seguros e adequados. Foi também desenvolvida uma gestão adequada dos recursos físicos e humanos existentes às necessidades dos doentes, culminado numa prestação de cuidados adequada e com qualidade, em articulação com toda uma equipa (multidisciplinar) orientada para o cuidado ao doente crítico e não crítico.

### **Domínio das Aprendizagens Profissionais**

D1 - Desenvolve o autoconhecimento e assertividade.

D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

Já foi referido várias vezes ao longo deste relatório que vivemos numa sociedade em constante mudança e com uma evolução acelerada, onde a tecnologia e o cuidar continuam a ser o ponto de encontro na intervenção terapêutica do enfermeiro e doente. A base teórica da unidade curricular “Relação de Ajuda” ajudou na aquisição de conhecimentos e seu aperfeiçoamento nesta área. Apesar de toda a evolução tecnológica o enfermeiro não se deve demarcar da importância de garantir o valor da pessoa no seu todo, e cuidar desta, conhecendo e garantindo a satisfação das suas necessidades. Destaca-se a importância dos cuidados humanizados e não só os cuidados tecnicistas.

Além do exposto, a unidade curricular permitiu aprofundar formas de comunicação, o que na prática tem grande importância, uma vez que o enfermeiro deve saber comunicar com cada doente tendo em conta as suas especificidades. Falar com um doente idoso, é diferente de

falar com um doente adolescente ou uma criança. A forma como o enfermeiro se apresenta perante o doente que vai cuidar vai determinar também o sucesso da prestação de cuidados.

Por um lado, tem-se as competências relacionais, do outro lado as competências técnicas que devem caminhar de mãos dadas.

As competências relacionais necessitam por parte do enfermeiro o desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade. É necessário proceder diariamente a um autoconhecimento, no sentido de se perceber como o enfermeiro se encontra no meio onde presta cuidados. É necessário perceber se se sabe estar e ser. O enfermeiro ao ter um conhecimento aprofundado de si mesmo, consegue prever e anteceder reações perante situações específicas. É preciso gerir comportamentos, gerir sentimentos e emoções. O enfermeiro pode sentir, mas não deve permitir que as emoções o impeçam de agir da forma mais correta. É importante criar uma relação terapêutica com o doente e família de forma a facilitar o processo da prestação de cuidados, mas não levar essa relação a extremos que impeçam a tomada de decisão mais adequada

E quando se trata de prestar cuidados a utentes com outras culturas, outras etnias, outros credos, é importante conseguir estabelecer uma relação empática e pôr-se no lugar do outro, o que se irá refletir na prestação de cuidados. Pondo-nos no lugar do outro, percebemos o que o outro precisa, e atendemos melhor às suas necessidades.

Uma prestação de cuidados adequada implica que o enfermeiro seja assertivo. Isto é, implica que se saiba comportar, que saiba respeitar o seu lugar e o lugar do outro, aceitando as crenças e as emoções do outro, não se esquecendo de si próprio. Ao ser assertivo o enfermeiro tende a lidar melhor com os confrontos que podem decorrer da prestação de cuidados, demonstrar menos stress perante as situações mais stressantes e até ser mais autoconfiante naquilo que faz e diz, transparecendo ao doente e família mais credibilidade, e maior facilidade em lidar com manipulações e chantagens (frequentes em alguns doentes e familiares). Estes últimos podem ocorrer com frequência quando se tentar estabelecer uma relação terapêutica, no âmbito da pessoa em situação crítica, decorrente das circunstâncias envolventes.

No SU desenvolvem-se situações nem sempre favoráveis, onde a insegurança resultante da imprevisibilidade das situações são uma constante.

Benner (2011), destaca na sua teoria a capacidade de o enfermeiro gerir as suas respostas emocionais, o que se torna fundamental na resolução de situações de crise, como por exemplo situações que impliquem risco de vida.

No plano do autoconhecimento e assertividade é fundamental, e foi tido em conta durante todo o estágio, que o enfermeiro identifique os seus limites e os seus recursos pessoais. Estes aspetos são fundamentais quer na gestão dos relacionamentos enfermeiro-equipa,



enfermeiro-doente, enfermeiro-família, quer no relacionamento enfermeiro e o seu eu (pessoal). Perante a equipa de enfermagem ou multidisciplinar, o enfermeiro é responsável por tomar uma atitude crítica e reflexiva de si próprio na sua atuação, tornando-se responsável por elevar o seu nível de desempenho na sua atividade profissional.

Esta competência deve ser trabalhada não só em contexto de estágio, mas deve ser trabalhada ao longo de toda a vida profissional. Só a prática nos leva à excelência. Mesmo no que diz respeito ao eu pessoal/profissional.

O enfermeiro especialista deve alicerçar os processos de tomada de decisão e as suas intervenções em conhecimento baseado em evidencia científica. Para além disso, deve ser veículo de informação credível e partilhar esse conhecimento com os seus pares, por exemplo em sessões de formação em serviço.

Toda a prática levada a cabo no estágio, e na prática diária como enfermeira, é baseada na melhor evidencia científica. O enfermeiro deve estar em constante formação para se manter a par das últimas atualizações na sua área de intervenção. Além disso, deve, no seu serviço, ser promotor de atividades que permitam diagnosticar necessidades de formação, bem como participar nas formações como formador, de forma a contribuir para novos conhecimentos e para o desenvolvimento da prática especializada.

. A praxis clínica especializada é, sem margem para dúvidas, baseada em evidencia científica, e não poderia ser de outra forma, principalmente num serviço onde os cuidados prestados à pessoa em situação crítica são tão específicos e tão minuciosos, onde não há margem para errar.

Durante o estágio, toda a prática foi baseada em evidencia científica que foi constantemente alvo de pesquisa nas bases de dados, protocolos, estudos, artigos, com objetivo de se manter uma prática fundamentada nas melhores evidências.

Não podemos esquecer que a excelência dos cuidados exige um investimento constante no domínio do conhecimento, para que se seja capaz de desenvolver capacidades e aptidões para dar respostas eficazes nas mais variadas situações da prática diária. É importante rever conhecimentos teóricos adquiridos anteriormente e confrontá-los com as novas evidências científicas e consequentemente com a prática diária.

Para além disso, foi identificada uma lacuna numa das áreas com maior necessidade de intervenção: Prevenção e controlo da infeção, mais especificamente na área das precauções de isolamento no SU, não tanto pela prática da equipa de enfermagem, mas pelos obstáculos provenientes da estrutura arquitetónica do serviço em si, e em alguma necessidade de atualização de procedimentos nesta área.

A formação em serviço é importante quer para o desenvolvimento do enfermeiro quer para a melhoria da prestação dos cuidados. Através desta procurou-se refletir e partilhar



conhecimentos entre os pares, bem como a adoção de novos conhecimentos/atualizações e a uniformização de procedimentos.

Neste estágio participou-se como formador numa ação de formação em serviço com o tema “Precauções de Isolamento no SU. Apresentação de um Manual de Boas Práticas”, mas também se participou em ações de formação como formanda com temas importantes como “Comunicação do Enfermeiro com a Pessoa em Situação Crítica/família no SU”, “Da segurança do uso do medicamento endovenoso à segurança do doente”.

### 3.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA – PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

A área de especialização em EMCPSC tem como alvo a pessoa em situação crítica. Esta define-se como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento n.º 429/2018, pág. 19362). Segundo o mesmo regulamento os cuidados prestados à pessoa em situação crítica *“são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total”* (pág. 19362).

. Estes cuidados tão especializados exigem observação, colheita e procura contínua, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa em situação crítica, de forma a prever e detetar precocemente as complicações, e assim assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil. E se em situação crítica a avaliação diagnóstica e a monitorização são de máxima importância, cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença e/ou falência orgânica, é uma competência das competências clínicas especializadas

As situações que podem conduzir à situação crítica de um doente podem derivar de uma emergência ou de uma situação de exceção e catástrofe (Regulamento n.º 429/2018).

Assim como competências específicas do enfermeiro especialista em EMCPSC são três:

- Cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;

- Dinamizar a resposta a situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;

- Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência antimicrobiana perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

### **K1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.**

A prestação de cuidados diferenciados à pessoa em situação de urgência/emergência permite antecipar focos de instabilidade e risco de falência orgânica, e para que isto seja possível é necessário que o enfermeiro adquira conhecimentos e habilidades altamente específicos.

Segundo Benner (2011), a prestação de cuidados ao doente crítico é uma situação “intelectualmente e emocionalmente desafiadora”. Uma prestação de cuidados nesta área eficazes e de alta qualidade implicam uma rápida abordagem do doente, priorizando a ordem dos cuidados e das necessidades) e uma rápida e consciente tomada de decisões perante as necessidades de respostas, onde o risco de vida é real. Por isso, e voltando a referir Benner (2011), é necessário um elevado julgamento clínico e reflexão da prática, e deve promover-se constantemente o desenvolvimento do saber ser, saber estar e saber fazer. Esta será uma linha de pensamento que deverá conduzir a prática dos cuidados. A busca das melhores evidências, a transição dessas evidências para a prática diária. Pois será sempre nos pequenos pormenores que o enfermeiro especialista se poderá destacar, e se fazer valer pelo seu conhecimento específico, pela sua competência especializada e poderá ser assim uma mais valia em qualquer serviço onde sejam prestados cuidados de enfermagem.

O doente crítico necessita de uma intervenção rápida e eficaz por parte dos profissionais de saúde, tendo muitas vezes o enfermeiro um papel preponderante nesta abordagem. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica possui “competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade” (OE, 2015).

A OE (2015) descreve, “a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência

depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”. O crescente número de doenças com início súbito ou doenças crónicas agudizadas, em que a falência ou risco de falência das funções vitais, pode conduzir a pessoa a morte se não forem implementadas, num período curto, medidas de suporte de vida. Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados, prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, mantendo as funções básicas de vida. Estes cuidados exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistemática e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil. E se em situação crítica a avaliação diagnóstica e a monitorização constantes se identificam de máxima importância, cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença e/ou falência orgânica, é uma competência das competências clínicas especializadas.

O trabalho no SU pode tornar-se num trabalho intenso e complexo. O enfermeiro tem de estar preparado para em qualquer momento prestar cuidados a doentes com alterações hemodinâmicas importantes, as quais vão requerer conhecimento científico, destreza técnica, tomadas de decisões, tudo em tempo útil. O enfermeiro desempenha um papel extremamente importante, pois através das suas intervenções, monitoriza, identifica potenciais focos de descompensação e atua rapidamente na sua resolução, pela observação atenta do estado do doente. Administra medicação da mais simples à mais complexa e intervém para prevenir e/ou corrigir situações que possam ameaçar a vida. Neste sentido, o enfermeiro que exerce funções no SU necessita ser detentor de conhecimento científico, técnico e prático, que lhe permita tomar decisões rápidas e precisas e antecipatórias, diminuindo os riscos que ameaçam a vida do doente.

A equipa de enfermagem, por oferecer cuidados contínuos, necessita de fundamentação técnico-científica atualizada, para desempenhar as suas funções com qualidade, contribuindo não só para a melhoria clínica do doente, mas também prevenindo complicações. Esta foi uma das áreas de grande investimento próprio, ao longo do estágio. Esse investimento já vinha do primeiro estágio nos cuidados intensivos. Foi necessário rever conceitos e alguns procedimentos mais invasivos, bem como fazer uma revisão na área do suporte imediato e avançado de vida. Aliás a prática de enfermagem não pode nem deve ser estanque. O enfermeiro deve sempre procurar a melhor evidência científica para que possa prestar os melhores cuidados de enfermagem.

Uma área muito específica da especialização em Médico Cirúrgica está relacionada com medidas de Suporte Avançado de Vida. Durante o período teórico frequentou-se o Curso de SAV, onde se treinou vários tipos de cenário de falência orgânica e focos de instabilidade no



doente crítico, tendo por base as novas atualizações das guidelines nesta área. Um doente crítico comum nos serviços de urgência são as vítimas de trauma. Atendendo ao fato de também ser uma área que requer treino na avaliação da vítima de trauma bem como os cuidados tão específicos nesta área, também foi importante a frequência no curso teórico-prático de ITLS (curso avançado de trauma). Os cursos teórico-práticos são sem dúvida grandes momentos de aprendizagem e de atualização de guidelines que servem como base importante na prática diária.

No exercício das suas funções, o enfermeiro especialista deverá ser um profissional com grande poder de reflexão, capaz de mobilizar um enorme leque de conhecimentos científicos (em constante evolução), técnicos e relacionais, para poder prestar cuidados de excelência ao ser humano, ao longo de todo o seu ciclo vital. Quando estamos diante de um doente em situação crítica, o enfermeiro tem de saber utilizar equipamentos de alta complexidade aliados a outros instrumentos de trabalho, tais como medicação complexa que requer manipulação e preparação cuidadosa. É necessária experiência, é necessário compreender todo e cada cuidado prestado àquele doente crítico, tão único e especial e com a sua própria especificidade. O objetivo final é a prestação de cuidados ao mais alto nível, cuidados de excelência. No meio de tudo isto, o enfermeiro tem de ter consciência de si, assumir-se como ser humano. E como ser humano que é, sente dor, cansaço e frustração. Gerir todos estes sentimentos é complexo, mas é algo que tem de ser feito, uma vez que esta gestão vai influenciar a relação com os colegas, com os doentes e com os familiares.

Uma medida importante na prestação dos cuidados está relacionada com a transmissão da informação, quer nas passagens de turno, quer na transferência dos doentes para serviços de internamento, quer transferências entre unidades hospitalares. Neste serviço a transmissão de informação sempre que possível é efetuada recorrendo à técnica ISBAR<sup>1</sup>. Segundo a DGS (2017) “A transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do doente, devendo ser normalizada utilizando a técnica ISBAR”. “A transferência de informação entre profissionais de saúde deve ser prioritária em todos os momentos vulneráveis/críticos de transição de cuidados” (DGS, 2017).

Alguns estudos reconhecem que as falhas na comunicação constituem um evento adverso na saúde. Estas falhas normalmente ocorrem entre profissionais de saúde durante os momentos de transição de cuidados (por exemplo, passagem de turno), e estão

---

<sup>1</sup> ISBAR é a sigla que corresponde a: Identify (Identificação), Situation (Situação atual), Background (Antecedentes), Assessment (Avaliação) e Recommendation (Recomendações).



relacionadas com omissões de informações, erros nas mesmas, falta de precisão e falta de priorização das atividades. É do domínio geral que uma transição de cuidados eficaz necessita de conhecimento, competência e empatia, para que não seja descuidada a segurança do doente e consequentemente não haja margem para a ocorrência de eventos adversos. É preciso saber falar, o que dizer, quando e como dizer, e isto tanto se aplica na transição dos cuidados, como na relação com a equipa multidisciplinar, na relação com o doente e família.

Saber comunicar exige competências, que devem ser apreendidas e praticadas (aqui ressalva-se a importância da Unidade Curricular Relação de Ajuda, onde foi abordada a comunicação ao doente). Uma das estratégias que garante a comunicação eficaz é a utilização de uma ferramenta que promova a uniformização da comunicação e, claro a sua implementação. A transmissão de informação é feita através da mnemónica ISBAR, foi a técnica adotada pelos equipa de enfermagem de forma a que a informação dos doentes fosse passada sem esquecer elementos fundamentais, tais como a identificação do doente (que é um dos objetivos do plano nacional para a segurança d doente: aumentar a segurança na identificação inequívoca dos doentes), bem como o motivo que levou doente ao SU, a sua história clínica, os exames que fez, a terapêutica, a avaliação após tratamento, plano de continuidade dos cuidados.

A transferência de informação entre profissionais de saúde deve ser prioritária em todos os momentos vulneráveis/críticos de transição de cuidados. E esta também foi uma área onde se investiu particularmente, uma vez que era uma área reconhecidamente, a nível pessoal, onde existiam algumas lacunas. Estas aprendizagens foram integradas (pessoalmente), na prestação dos cuidados diárias, quer na durante a realização do ensino clínico, quer na prática profissional atual.

Mais uma vez, Benner (2011) e a sua teoria, a experiência aperfeiçoa a prática. e o objetivo é continuar a melhorar as práticas diárias, levando os aprendizados em campo de estágio para a prática do dia a dia.

## **K2. Dinamiza a resposta a situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação**

Uma situação de exceção é descrita como “uma situação em que se verifica um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis que vai exigir a atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos técnicos e humanos” (Regulamento n.º 429/2018, pág. 19362). A situação de catástrofe é definida como “acidente grave ou uma série

de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional” (Lei de bases da Proteção Civil – Decreto-Lei n.º 27/2006, no seu artigo 3º, ponto 2 citado no Regulamento n.º 429/2018, pág. 19362).

O Enfermeiro Especialista em EMCPSC, deve atuar concebendo, planeando e gerindo respostas de forma pronta e sistemática quando estiver perante uma situação de emergência, exceção e catástrofe. Esta atuação deve ser eficaz e eficiente, e muito criteriosa no que diz respeito aos indícios de crime (homicídio, violência doméstica, abuso sexual, entre outros) preservando todos os vestígios possíveis.

Uma base para esta área de competência foram os conteúdos temáticos lecionados na disciplina de EMC 3, que permitiu teoricamente adquirir novos conhecimentos, alargar e aprofundar os já conhecidos.

Dentro desta área, estão incluídas situações de abuso sexual, violência doméstica, entre outros. Infelizmente os números de violência são elevados a nível nacional, muito se falou de Femicídio e do número de vítimas durante o ano de 2019. Por ser um tempo com grande destaque, e como meio de avaliação da unidade curricular de EMC 3, realizou-se (em conjunto com mais dois colegas, que também estagiaram no mesmo serviço) um Póster Científico “Femicídio em Portugal” (Apêndice 12). Como no distrito existe um número considerável de casos de violência doméstica, achamos pertinente apresentar este Poster à enfermeira chefe que pediu a sua reformulação para um cartaz mais informativo com linguagem mais adaptada à população que recorre a esta unidade hospitalar. Assim, realizou-se um cartaz informativo com uma linguagem mais acessível e onde constam dados sobre alguns serviços/associações de apoio e respetivos contactos, bem como se dá a conhecer a existência, nesta unidade hospitalar de uma Equipa de Prevenção de Violência em Adultos – EPVA, constituída por uma assistente social, uma psicóloga, dois médicos e uma enfermeira do serviço de urgência, (Apêndice 13). Caso surja (e durante o estágio surgiu uma situação) uma situação em que a utente era vítima de violência doméstica, após a avaliação feita pelo médico do SU, são chamadas as autoridades (PSP), e é chamada a psicóloga que integra a EPVA, que avalia a situação da utente, se houverem indícios físicos são feitas as recolhas desses indícios, (fotos de lesões, por exemplo), o que não foi o caso, uma vez que a vítima referia maus tratos psicológicos e não físicos. É apresentada uma queixa formal aos agentes de autoridade, e se necessário é chamada a assistente social que ajuda a encaminhar a vítima para abrigos provisórios quando aquela não tem suporte familiar ou outro. O que acontece a maioria das vezes, e segundo a equipa EPVA, é que as vítimas têm medo e acabam por negar serem vítimas de violência doméstica o que dificulta a agilização dos procedimentos.

Enquanto enfermeiro especialista é necessário ter conhecimento dos protocolos existentes na instituição onde se presta cuidados. Conhecer o Plano de Emergência Interno e as suas atualizações, permite que em caso de ocorrência destes fenómenos estejamos aptos a atuar em conformidade. É necessário que cada elemento da equipa seja conhecer dos procedimentos nestes casos específicos de forma a articularem esforços entre todos e assim atuar da melhor forma possível.

Em estágio foi possível voltar a consultar o Plano de Emergência Interna, e principal algumas das especificidades do plano interno do serviço, com a existência de kits pré feitos para uma atuação rápida em caso de ocorrência de situações desta natureza. Felizmente, as situações de exceção e catástrofe são raras na zona geográfica onde se situa a instituição de saúde, pelo que não houve ocorrências durante o período de estágio.

Nesta área da Catástrofe, e na ausência da sua ocorrência durante o período de estágio, a evidencia desta competência ficou condicionada a conteúdos mais teóricos.

Mas, como elemento pertencente à instituição tem-se participado em ações de formação de atualização acerca do Plano de Emergência (última atualização foi realizada em 2018).

Além do descrito, o fato de se ter prestado serviço no pré-hospitalar (como enfermeira de ambulância SIV), foi uma mais valia para conhecer a realidade de situações de exceção como acidentes de viação multivítimas, bem como a articulação com outros meios tais como centro de orientação de doentes urgentes, equipa da viatura de emergência e reanimação, helitransporte.

### **K3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência antimicrobiana perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequado.**

Uma das áreas de grande preocupação nas unidades de saúde diz respeito à Prevenção e Controlo de Infeção. As IACS são um indicador de qualidade da instituição e da segurança do doente. O seu aumento revela alguns problemas que necessitam ser identificados e trabalhados de uma forma constante para que os objetivos finais sejam atingidos. As melhorias dos cuidados prestados refletem-se na melhoria dos indicadores de qualidade e da segurança do doente.

As IACS são por definição infeções adquiridas, em consequência da prestação dos cuidados de saúde ao doente. Importa salientar que as IACS podem afetar também os profissionais de saúde na medida que são estes que estão próximos dos doentes e lhes prestam os cuidados necessários. Agravam o prognóstico da doença, prolongam o tempo de



internamento, e consequentemente aumentam os custos, e levam a obtenção de grandes taxas de morbi e mortalidade.

Não sendo um problema novo, as IACS assumem um problema importante no que diz respeito ao doente crítico, uma vez que atualmente se dispõe de tecnologias cada vez mais avançadas e invasivas, que aumenta a esperança média de vida, aumenta o número de doentes sujeitos a terapêuticas imunossupressoras e a antibioterapia, e consequentemente aumentam também o risco de infeção. O doente crítico necessita das melhores terapias que necessitam de cateteres com maior calibre, como o cateter venoso central (altamente invasivo), de monitorização contínua, algumas delas invasiva (linha arterial), de drenagens torácicas, de terapias de vácuo, entre muitas mais técnicas e procedimentos. Tudo isto contribui para o aumento das infeções no ambiente hospitalar.

No entanto, alguns estudos têm revelado que algumas das IACS podem ser evitáveis, se forem adotadas medidas e comportamentos preventivos. Aqui entram as PBCI, que são as precauções básicas de controlo de infeção e devem ser adotadas na prestação de cuidados de todos os doentes. Resumindo, as principais medidas de prevenção e controlo da infeção passa por um lado pelo cumprimento das boas práticas: PBCI (como a higienização das mãos, o uso de equipamentos de proteção individual, controlo ambiental, entre outras), as PBVT, como o isolamento de doentes com infeção, e, por outro lado no uso racional de agentes antimicrobianos.

Sendo esta área uma competência específica do enfermeiro especialista em EMCPSC, foi nesta área que se realizou o PIS, após uma avaliação com a enfermeira chefe do serviço, e ter sido diagnosticada a área das precauções de isolamento como uma área que necessita de ser trabalhada do ponto de vista da atualização de guidelines, circuitos de doentes com necessidade de precauções de isolamento e a aquisição de estratégias para tentar ultrapassar obstáculos tais como a estrutura física do serviço.

No âmbito do PIS, descrito anteriormente, elaborou-se um Manual de Boas Práticas sobre Precauções de Isolamento (Apêndice 14), baseado em Normas da DGS com as últimas atualizações sobre esta matéria. Foi realizada uma sessão de formação em serviço para apresentar o Manual aos enfermeiros do SU, para discussão do mesmo, recolha de opiniões/sugestões e em conjunto discutir estratégias de forma a ultrapassar obstáculos tais como a estrutura arquitetónica do serviço. Uma das situações que mais dúvidas levantavam estava relacionado com a forma como se identificavam os tipos de isolamento, se era ou não efetiva. Existem algumas placas de sinalização, mas eram pouco apelativas e pouca atenção despertavam, pelo que se desenvolveu um protótipo de placas de sinalização para cada tipo de isolamento: Placa de Sinalização: Precauções de Isolamento de Contato (Apêndice 15), Placa de Sinalização: Precauções de Isolamento de Gotículas (Apêndice 16), e Placa de



Sinalização: Precauções de Isolamento de Via Aérea (Apêndice 17). Decidiu-se que também seria importante a sinalização de doentes com cuidados de isolamento de proteção, pelo que se fez também Placa de Sinalização: Precauções de Isolamento de Proteção (Apêndice 18).

Se é importante a sinalização dos tipos de isolamento, para que os profissionais de saúde tomem as devidas precauções segundo o tipo de isolamento, torna-se também importante informar quer o doente, quer a família/visitantes do porquê destas medidas de precaução bem como os cuidados a ter quando visitam o familiar. Uma forma de informar doente, familiares /visitantes é através de folhetos informativos. Realizou-se também folhetos informativos com informação simplificada e útil, sobre os tipos de isolamento: Panfleto informativo sobre Precauções de Isolamento de Contato (Apêndice 19), Panfleto informativo sobre Precauções de Isolamento de Gotículas (Apêndice 20), Panfleto informativo sobre Precauções de Isolamento de Via Aérea (Apêndice 21).

Outra forma importante de controlar, ou tentar controlar uma infeção e tendo em conta que o SU é a porta de entrada dos doentes, é a capacidade de identificar doentes potencialmente infetados. Para isso, a instituição tem um procedimento de qualidade emanado pelo GCL-PPCIRA, PQ08- Rastreio e Vigilância ativa de MMR. Não sendo um procedimento realizado frequentemente, achou-se pertinente fazer um folheto informativo para os profissionais de saúde, enfermeiros, e de forma a facilitar a sua consulta apresentou-se um cartaz, que poderá ser afixado posteriormente na sala da triagem, por exemplo, de rápida consulta. Deste folheto (Apêndice 22) e cartaz (Apêndice 23) fez-se um resumo do padrão de qualidade, sobre os critérios de vigilância ativa e procedimentos a realizar aquando da identificação de doentes potencialmente portadores de infeção. É importante saber detetar precocemente um doente potencialmente infetado, de forma a proceder a precauções de isolamento e iniciar procedimentos que conduzem à identificação da infeção e microrganismo responsável pela infeção, por forma a iniciar o tratamento correto o mais precocemente possível. Iniciar o tratamento correto, antibiótico certo para microrganismo certo, evita o aumento da resistência dos microrganismos à antibioterapia.

Uma vez que o estágio decorreu maioritariamente nos meses de inverno, e consequentemente altura sazonal de gripes e constipações, motivo que levam muitos utentes ao SU, realizou-se um cartão informativo aos utentes (Apêndice 24), a pedido da enfermeira chefe e em articulação com a enfermeira orientadora (para ser afixado na sala de espera), com recomendações sobre comportamentos a adotar quando recorrem ao SU com febre, tosse e espirros (sintomas gripais) e recomendações aos utentes que recorrem aos SU mas que são portadores de um sistema imunitário comprometido (por exemplo, doentes

oncológicos, doentes com terapêuticas imunossupressoras, patologias que deixam o sistema imunitário debilitado, entre outras causas).

Esta foi sem dúvida uma das áreas mais trabalhada durante o estágio, não só porque a temática do PIS foi realizada nesta área, mas também porque se ganhou a consciência que era uma das áreas onde havia mais lacunas. Foi despertado um interesse maior nesta área, no sentido de melhorar a realização de todo o tipo de procedimentos, adotando as melhores medidas de controlo e prevenção da infeção.

Pelo exposto, foi das áreas em que se trabalhou mais competências e que mais se evoluiu na prática dos cuidados diários.

### 3.3 COMPETÊNCIAS DE MESTRE

O mestrado em enfermagem médico-cirúrgica encontra-se legislado ao abrigo do Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de Março e constitui um avanço no ensino e uma era de mudança, onde se pretende mais do que a transmissão de competências, o seu desenvolvimento.

Especificamente, na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica, implica que em complemento com as competências do enfermeiro especialista, um Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica possua um profundo conhecimento, no domínio especializado da área Médico-Cirúrgica. Deverá ter em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e elevados níveis de juízo clínico e de tomada de decisão, que se traduzam num conjunto de competências clínicas especializadas relativas à Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Segundo o Decreto referido o grau de mestre é conferido a quem:

• **Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada:** a conceção, a prestação, a gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem fazem parte do processo de enfermagem. Para se fazer um bom processo de enfermagem deve fazer-se uma avaliação exaustiva do doente enquanto pessoa, assumindo-o como ser único, e incluir o próprio, a sua família e a comunidade onde está inserido. A partir da análise crítica dos dados obtidos na avaliação do doente, definem-se diagnósticos de enfermagem e estabelecem-se as intervenções de enfermagem gerais e especializadas que sejam necessárias. É não é um

processo estanque, mas dinâmico que pede avaliação constante, para detetar precocemente focos de instabilidade, e reajustar diagnósticos e intervenções de enfermagem.

As competências adquiridas e desenvolvidas nesta área, fazem com que enquanto enfermeira seja capaz de gerir situações que se podem tornar complexas, zelando pelo respeito da autonomia do doente, atuando com fortes bases éticas e deontológicas, dentro do seu campo de atuação, apoiado em sólidos conhecimentos científicos, não permitindo a utilização de ações fúteis e desnecessárias. As experiências e vivências através do contato com situações reais, ajudam-nos, além dos conhecimentos teóricos, servindo como suporte a uma tomada de decisão, rápida e segura, que muitas vezes é necessário assumir.

• **Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência:** no decorrer do estágio foi desenvolvido um PIS (descrito no capítulo anterior). Este projeto foi desenvolvido com o objetivo de uniformizar procedimentos na área das precauções de isolamento, à luz das últimas guidelines e normas nacionais. A elaboração deste PIS teve como objetivo contribuir para a formação dos enfermeiros, aprimorar procedimentos e formas de atuar (por exemplo, relativamente à sinalética das unidades dos doentes com precauções de isolamento). O PIS foi apresentado à equipa de enfermagem durante uma sessão de formação em serviço em que se apresentou o manual de boas práticas na área das precauções de isolamento no SU, e onde se trocaram ideias de melhoria nesta área.

No âmbito desta competência de mestre, também se elaborou um artigo científico sobre a temática do PIS. Para além disto, ao longo de todo o estágio foram discutidas práticas com a enfermeira orientadora de forma a consolidar conhecimentos através da confrontação entre a teoria e a prática.

Para a aquisição desta competência, a Unidade curricular de Investigação em Enfermagem do Curso de MEEEMCPSC, ajudou com as bases teóricas para a realização de revisões sistemáticas da literatura, o desenvolvimento de um artigo científico e a orientação do PIS com a Metodologia de Projeto.

• **Tem capacidade para integração de conhecimentos, tomadas de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais:** a Enfermagem, evoluiu em termos de conhecimentos e de complexidade, acompanhando a exigência da excelência dos seus cuidados. A complexidade dos cuidados de enfermagem do enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica, a pessoa em situação crítica, exige que o enfermeiro faça uma prática reflexiva sobre as



implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais das suas ações. A reflexão das mesmas conduz-nos muitas vezes à busca de novos conhecimentos com vista à melhoria de tomadas de decisão e gestão de ocorrências mais distintas. Para esta reflexão contribui a consciencialização de nós mesmos, aliada à necessidade e exigência que nos impomos de melhorar a prestação de cuidados.

• **Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida:** ao longo de percurso profissional, o curso da licenciatura serviu como base para as práticas dos cuidados de enfermagem. Mas ao longo da prática diário cedo se percebe que não basta. E é por isso que ao longo da vida o enfermeiro, investe na sua formação através de formação em serviço, pós-graduações e até especialização e mestrado. Não é fácil ser-se bom enfermeiro. A prática da Enfermagem está em constante mudança e adaptação aos novos tempos e tecnologias, e é isso que faz com que o enfermeiro tenha necessidade de investir em novos conhecimentos, nas melhores e mais atuais evidências científicas. Sempre procurei dar a resposta mais adequada, perante o desafio constante que é cuidar de pessoas doentes. A realização deste mestrado, é algo ambicionado há algum tempo, e assume-se como o culminar de uma realização pessoal e profissional, pois muitas competências desejadas foram adquiridas e outras consolidadas. No entanto, pretendo continuar a manter-me atualizada, principalmente dentro das minhas áreas de interesse.

• **Participa de forma proativa em equipas e em projetos em contextos multidisciplinares e intersectoriais e realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular:** segundo o dicionário português ser proactivo é aquele ser que busca por antecipação identificar e resolver problemas, que age e/ou pensa de forma antecipada. Para se ser proativo é necessário possuir um elevado conhecimento de si. É necessário dominar conceitos, fundamentos, teorias e fatos relacionados com a Enfermagem de forma a poder sustentar a atuação na área de especialização, aplicar os conhecimentos e capacidades na resolução dos problemas em contextos práticos. As competências adquiridas ao longo do MEEEMCPSC, permitiram perceber a necessidade da divulgação de conhecimentos adquiridos através dos trabalhos realizados, como contributo para a melhoria das práticas e crescimento de outros profissionais.



Ao analisar as competências de Mestre em Enfermagem não se consegue fazê-lo sem recorrer à reflexão e à argumentação feitas quando se descreveu as competências de enfermeiro especialista. Ao longo da vida profissional, e não só em contexto de estágio, há uma busca incessante por novos saberes. Há sempre uma necessidade de querer saber mais, de se manter atualizado quanto a novos procedimentos, técnicas, guidelines. Este foi um dos grandes motivos que culminou neste Curso de Mestrado em Enfermagem, área de EMCPSC. Para além de ser um projeto profissional há muito pensado, tornou-se também em um objetivo pessoal, pela necessidade de melhorar a prática diária na área dos cuidados de enfermagem. O querer ser melhor a cada dia, no que mais se gosta de fazer. Havia uma necessidade pessoal de voltar a ‘sentir’ a enfermagem e de fazer mais e melhor. Para (Marques, 2015, p.56) *“cada Enfermeiro identifica quais são as suas necessidades formativas (profissionais), porque reconhece que a formação tem um papel primordial e básico quer na aquisição de conhecimentos quer no desenvolvimento de competências, promovendo a sua autonomia, o seu pensamento crítico, tornando-o mais responsável e potenciando a qualidade e excelência das suas intervenções”*.

As incertezas da prática diária colmatam-se com uma busca incessante do conhecimento, que é incorporado nas experiências diárias. A formação deve ter como ponto de partida a troca e aquisição de conhecimentos, de experiências e esta deve ser compreendida como um caminho recheado de conteúdos para a aprendizagem. É a partir da formação que o enfermeiro obtém e desenvolve as competências necessárias para a prestação de cuidados com a melhor qualidade e da forma mais autónoma. Para Marques (2015), é a detenção dos saberes associados à atualização dos resultados da investigação e da evidencia científica que o enfermeiro evidencia a sua profissão.

Aqui entram competências na área da investigação em enfermagem. É através daquela que se pesquisam as melhores evidências científicas que postas em prática resolverão inúmeros problemas da prática e trarão benefícios aos destinatários finais dos cuidados de saúde.

As competências de investigação evidenciaram-se na realização do PIS, na realização de um artigo científico apresentado em anexo e na realização deste relatório final. A investigação estará sempre presente na vida do enfermeiro a partir do momento que ele sente necessidade de pesquisar, fazer revisões da literatura sobre determinados temas que vão surgindo da prática diária.

. O enfermeiro é um dos elementos fundamentais numa equipa multidisciplinar. É ele quem mais está próximo quer do doente quer da família, muitas vezes é o melhor conhecedor da realidade do doente, quer da sua situação clínica, quer da sua situação social, familiar e

económica. É o enfermeiro, que com esta relação de proximidade assegura a continuidade dos cuidados, não só os cuidados físicos, mas os cuidados emocionais que decorrem das fragilidades do estado de doença, quer das dificuldades de integração na sociedade, no período pós doença. E serve muito bem como papel de ligação entre todos os elementos da equipa multidisciplinar. Em todas as suas funções, o enfermeiro não descarta a sua conduta ético-deontológica, tendo capacidade para se dotar das melhores capacidades para selecionar meios e estratégias mais adequados para a resolução dos problemas que surgem.

Na prática diária o enfermeiro é confrontado com a responsabilidade de compromisso profissional, é confrontado com o poder das decisões que toma e confrontado com as competências que possui ou que deve possuir para a excelência do trabalho que desenvolve, os cuidados de enfermagem, em prol das pessoas que cuida.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente relatório constitui um momento de reflexão exaustivo acerca de todo o percurso efetuado ao longo deste Mestrado em Enfermagem, através da descrição e análise de atividades desenvolvidas que pretendem a aquisição e desenvolvimento quer das competências comuns ao enfermeiro especialista quer das competências específicas ao enfermeiro especialista em EMCPSC.

AS IACS são um problema maior para a segurança do doente, pelas morbilidades associadas, pela alta taxa de mortalidade, pelos custos que lhes estão associados (económicos, sociais, familiares) e pela insegurança que cria nos utilizadores do sistema de saúde.

Uma forma de reduzir as IACS passa pela constante formação de atualização dos profissionais de saúde, que deve ser mantida ao longo dos tempos. É necessário sensibilizar os enfermeiros para as questões relacionadas com a Prevenção e Controlo de Infecção, colaborar na elaboração de normas, procedimentos, manuais de boas práticas que visem a divulgação das novas guidelines com objetivo de ajudar na uniformização dos procedimentos, colaborar na recolha de dados, diagnosticando problemáticas e traçando estratégias para resolução dos problemas detetados, colaborar e dinamizar ações de formação de atualização na área da Prevenção e Controlo de Infecção. Aqui se reflete uma das competências específicas do enfermeiro especialista em EMCPSC.

Este PIS focou-se nas necessidades de formação na área da Prevenção e Controlo de Infecção, mais especificamente das precauções de isolamento de forma a minimizar a ocorrência de IACS na prestação de cuidados de saúde.

Nos tempos que correm e com tantas mudanças nas diversas áreas, o progresso da ciência a evolução tecnológica, uma forma que a Enfermagem tem de ter mais visibilidade e ganhar terreno junto de outras ciências e apostar e reforçar a formação dos seus profissionais. É urgente e necessário que os enfermeiros adquiram novas competências ou competências complementares que lhes permitam uma maior capacitação de forma a desempenhar o seu papel de forma mais competente e segura possível. Para reforçar esta ideia recorreu-se à Teoria da Prática Baseada na Evidência, de Larrabee. Esta teoria defende que os melhores cuidados a serem prestados aos doentes devem ser aqueles que são baseados nas últimas atualizações e que possuem a melhor evidência científica. Esta excelência na prestação de cuidados, só pode ser alcançada por quem aposta na sua formação de forma contínua e baseada na melhor evidência. É importante que ao longo da

vida profissional do enfermeiro, lhe devam ser fornecidos, de forma continua, bons alicerces ou melhores alicerces teóricos que sirvam de base à prática dos cuidados diários.

É essencial melhorar a comunicação, aferir conceitos e métodos, identificar, em conjunto, as necessidades e trabalhar em conjunto, também, para responder a essas mesmas necessidades (formação teórica, simulação prática...). A formação dos enfermeiros pode começar pela formação em serviço quer através do enfermeiro que desempenha funções de elo de ligação com o GCL-PPCIRA, pelo próprio GCL-PPCIRA e em casos específicos e que seja necessário pode e deve recorrer-se a entidades formadoras externas.

Os enfermeiros são um grupo profissional constantemente desafiado a mostrar a sua contribuição para o sistema de saúde, mostrando provas de que os cuidados que prestam ao doente são de alta qualidade. Para que os enfermeiros se consigam afirmar têm de dar prioridade à aprendizagem, que possibilita a aquisição de novas competências. Mas isto por si só não é suficiente. É necessário que os enfermeiros implementem na prática o fruto das novas aprendizagens, ou seja, é necessário que essas aprendizagens se reflitam em mudanças de atitudes, comportamentos e pensamentos.

O caminho percorrido gerou um grande crescimento pessoal e profissional, constituiu um desafio muito exigente que permitiu a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos teóricos e práticos da enfermagem na área da especialidade médico cirúrgica, mobilizando todos os nossos conhecimentos prévios e refletindo nos contributos deixados nos serviços por onde fomos passando e na contribuição dada à Enfermagem como disciplina. resumindo, todo este percurso, para além de permitir a incorporação e consolidação das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica a cuidar da Pessoa em Situação Crítica, permitiu também a aquisição das competências de Mestre, contribuindo desta forma para a construção do Conhecimento em Enfermagem.

O Mestrado em Enfermagem, na vertente de especialização em EMCPSC foi mais um capítulo de um livro em construção. Foram dois anos de dificuldades em conciliar as várias vertentes, profissional/académico/familiar, mas com um final positivo, que poderá não se refletir apenas num número de avaliação final. Dois anos de evolução não só profissional, mas também pessoal.



## **5. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

Almeida, A., Alves, M., Constantino, R., Cruz, C., Figueiredo, M., Lucas, A., Mendes, T., Pinto, P., Reis, S. Roque, A., Sambango, D., Veríssimo, O. & Vitorino, A. (2015). Prevenção e Controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde: Contributos para a tomada de decisão em enfermagem. Coimbra

Benner, P. (2001). De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem. 1ª ed. Coimbra: Quarteto

Cambóias, Rui. Hospital Santa Luzia de Elvas: Um pouco de história. Acedido em Maio de 2020 em <http://www.ulsna.min-saude.pt/servicos/cuidados-de-saude-hospitalares/hospital-de-santa-luzia/>

Cardoso, R. (2015) As infeções associadas aos cuidados de saúde. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde). Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Coimbra acedido em junho em <https://eg.uc.pt/bitstream/10316/29677/1/IACS%20final.pdf>

Comissão de Controlo de Infecção do Hospital de Santa Luzia de Elvas – Manual de Controlo de Infecção. Acedido na Intranet em setembro de 2019

Craig, J. V. & Smyth, R. L. (2004). Prática Baseada na Evidência: Manual para Enfermeiros. Lusociência. ISBN: 972-8383-61-4.

Decreto-Lei N.º 74/2006 de 24 de março. Diário da República - I Série A. N.º 60 Legislação sobre atribuição do Grau de Mestre acedido em <https://dre.pt/application/conteudo/671387>

DGS (2007). Recomendações para as Precauções de Isolamento: Precauções básicas e dependentes das vias de transmissão.

DGS (2012) Precauções Básicas do Controlo de Infecção (PBCI). Atualizada em 2013. Acedida em Dezembro de 2019 em <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/documentos/orientacoes--recomendacoes/norma-n-0292012-de-28122012-atualizada-a-31102013-pdf.aspx>

DGS (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Norma 001/2017 Acedido em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>

Elder, E., Mason, M. & Zimmerman, P. (2016). A healthy degree of suspicion: A discussion of the implementation of transmission based precautions in the emergency department. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 347, 1-6.

INCS (2010). Protocolo de Vigilância epidemiológica da infeção nosocomial da corrente sanguínea. Programa Nacional de Prevenção e Controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde. Acedido em junho de 2020 em <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/ficheiros-de-upload/incs-protocolo-pdf.aspx>

Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (s.d) *Recomendações para as precauções de isolamento. Precauções básicas e dependentes das vias de transmissão* – Artigo em Revisão. Acedido em 16 de outubro de 2019 em <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/documentos/orientacoes--recomendacoes/recomendacoes-para-as-precaucoes-de-isolamento-precaucoes-basicas-e-precaucoes-dependentes-das-vias-de-transmissao-em-revisao-pdf.aspx>

Larrabee, J. H. (2011). *Nurse to Nurse: Prática Baseada em Evidências em Enfermagem*. AMGH Editora Ltda.

Leiras, A. (2015). *Intervenções de enfermagem na prevenção da Pneumonia associada à Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) em contexto de urgência. Relatório de Trabalho de Projeto*. Instituto Politécnico de Setúbal. Escola Superior de Saúde

Marques F. (2015). *Saúde da Mulher: Necessidades de formação contínua dos Enfermeiros do distrito de Setúbal e proposta de um plano formativo. Tese de Doutoramento*. Sevilha: Faculdade de Ciências da Educação. Universidade de Sevilha.

Martins, J. (2008). Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*. 12(2). 62-66. acedido em [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008\\_12\\_2\\_62-66.pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_62-66.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Pessoa em Situação Crítica. Ordem Dos Enfermeiros. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2011, a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros website. Regulamento n.º 122/2011. Diário da República, 2ª série, nº 35. 8649-8653.

Ordem dos Enfermeiros (2015, a). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros website.

Ordem dos Enfermeiros (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Lisboa

Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento n.º 190/2015 de 23 de abril de 2015. Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Diário da República, 2ª serie, Nº 79, 10087.

Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento n.º 361/2015 de 26 de junho de 2015 - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

PEREIRA et al (2005). A infeção hospitalar e suas implicações para o cuidar de enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*. Universidade Federal de Santa Catarina. ISSN 0104-0707. Vol. 14, nº 2 (abr.-jun. 2005), p. 250-257.

Pina, E. Ferreira, E. Uva, M (2014). Infecções associadas aos cuidados de saúde. In: *Segurança do Paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde*. Capítulo 7 (p. 137-158). Fiocruz. Acedido em junho de 2020 em [https://www.researchgate.net/publication/303550615\\_Infecoes\\_associadas\\_aos\\_cuidados\\_de\\_saude](https://www.researchgate.net/publication/303550615_Infecoes_associadas_aos_cuidados_de_saude)

Pina et al (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. Revista Portuguesa de Saúde Pública Vol. Temático. Issue 10. Pág. 27-39

Acedido em <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-saude-publica-323-articulo-infecciones-associadas-aos-cuidados-saude-X0870902510898567>

PPCIRA (2017). Recomendação: Prevenção da Transmissão de Enterobacteriaceas resistentes aos carbapenemes em Hospitais de cuidados de agudos. DGS, Lisboa. Acedido em Fevereiro de 2020 em <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/destaques/recomendacao-prevencao-da-transmissao-de-enterobacteriaceas-resistentes-aos-carbapenemos-em-hospitais-de-cuidados-de-agudos-pdf.aspx>

Regulamento N° 429/2018 de 16 de julho de 2018. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica, na área da enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação peri operatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica”. Diário da República, 2ª série. N.º 135 acedido em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8732/m%C3%A9dico-cirurgica.pdf>

Ruivo, M.; Ferrito, C.; Nunes, L. (2010). Metodologia de projeto: Coletânea descritiva de etapas. Revista Percursos: Setúbal, nº 15, Jan-mar.

Santos, Marta (1994). A Observação Científica. Universidade do Porto. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Porto, nº17, maio

Silva, Daniel Marques da; Silva, Ernestina Maria (2004). Ensino clínico na formação em enfermagem. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu acedido em <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/445/1/Ensino%20cl%C3%ADnico.pdf>

Solas, R (2015). Diagnóstico e Análise Funcional da Implementação do Sistema Pyxis no Serviço de Urgência do Hospital do Espírito Santo Évora-EPE. Mestrado em Enfermagem Especialização em Gestão de Unidades de Saúde. Instituto Politécnico de Portalegre.



## 6. APÊNCICES

### Apêndice 1 – Pedido de autorização à ULS

  
Exmo. Sr. Presidente Do Conselho de Administração da ULSNA. E. P.E.

Assunto: Solicitação de parecer e autorização de estudo

Eu, Cátia Ferreira Bastos Quintas, enfermeira a exercer funções no Serviço de Ortopedia do Hospital de Santa Luzia de Elvas, com número mecanográfico 2318, venho pelo presente solicitar um pedido de apreciação e parecer à Comissão de Ética da ULSNA E. P.E, de um projeto que passo a apresentar.

No âmbito do 3º Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de Especialização de Enfermagem Médico – Cirúrgica: A Pessoa em situação crítica, criado pelo auido 5622/2016, publicado a 2 de maio de 2016 no n.º 84 do Diário da República – 2ª Série, a decorrer na Escola Superior de Saúde de Portalegre, integrada no Instituto Politécnico de Portalegre, encontro-me a realizar Estágio Final no Serviço de Urgência do Hospital de Santa Luzia de Elvas que iniciou a 16 de setembro de 2019 e terminará a 31 de janeiro de 2020.

O referido estágio é supervisionado pela Enfermeira Chefe do Serviço de Urgência Maria Catarina Araújo, pela Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico – Cirúrgica: A pessoa em situação crítica Sandra Cristina Ribeiro Pita e pela Professora Mariana Pereira, docente no Mestrado em Enfermagem.

No decorrer deste Estágio Final, espera-se que sejam programadas e realizadas atividades que promovam a aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista e do mestre em enfermagem médico-cirúrgica: a pessoa em situação crítica.

Uma das atividades propostas é a realização de um projeto de intervenção, com metodologia de investigação, no serviço onde decorre o estágio final. O referido projeto tem como linha de investigação "Segurança e Qualidade de Vida do Doente" e dentro desta apresenta-se uma área mais específica "IACS no doente crítico". Dentro da área das IACS o tema escolhido será Precauções de Isolamento baseadas nas vias de transmissão – melhorar práticas no serviço de urgência.

O objetivo geral será melhorar a prática dos enfermeiros nas precauções de isolamento baseadas nas vias de transmissão no serviço de urgência.

Como objetivos específicos pretende-se:

- Aumentar os conhecimentos dos enfermeiros nas precauções de isolamento baseadas nas vias de transmissão;
- Elaborar um manual de boas práticas;
- Implementar o manual de boas práticas no serviço de urgência;
- Promover a motivação/satisfação dos enfermeiros na utilização das estratégias definidas.

Para a implementação deste projeto pretende-se elaborar e aplicar uma grelha de observação de procedimentos (grelha elaborada com base nos critérios utilizados pela DGS). Posteriormente, será elaborado um manual de boas práticas, que será apresentado e discutido com a equipa de enfermagem do serviço de urgência.

Como forma de avaliação, será implementada a mesma grelha de observação, que identificará se houve melhoria das práticas.

A divulgação dos resultados será feita aos enfermeiros do serviço de urgência, e posteriormente farão parte do relatório final de estágio.

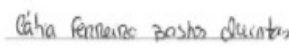
A realização deste projeto permitirá adquirir competências na área de Especialização de Enfermagem Médico – Cirúrgica: A Pessoa em situação crítica e atingir competências de mestre em enfermagem.

O investigador compromete-se a garantir o anonimato e a confidencialidade dos dados obtidos, bem como a informar os enfermeiros envolvidos no processo e a facultar a documentação elaborada.

Em anexo: Consentimento informado (anexo I), Grelha de observação (anexo II) e resumo do projeto de estágio (anexo III).

Pede deferimento,

Elvas, 6 de novembro de 2019

  
(Cátia Ferreira Bastos Quintas)

## Apêndice 2 – Consentimento informado, esclarecido e livre para participar em trabalhos de Investigação

### **CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA A PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO**

No âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A pessoa em situação crítica, ministrada pela Escola Superior de Saúde de Portalegre, em associação com Instituto Politécnico de Setúbal, Beja, Castelo Branco e Universidade de Évora, encontra-se a desenvolver um Projeto de Intervenção no Serviço de Urgência com título Precauções de Isolamento no Serviço de Urgência. Um Projeto de melhoria da qualidade dos Cuidados de Enfermagem, com orientação da Professora Mariana Pereira.

O referido estudo tem como objetivo geral: Melhorar as práticas dos enfermeiros nas precauções de isolamento baseadas nas vias de transmissão.

Os dados para o estudo serão recolhidos através da aplicação de um questionário, com recurso à Escala de Likert. A amostra será constituída pelos enfermeiros do Serviço de Urgência do HSL.

Após a recolha de dados, será elaborado um manual de boas práticas, que será apresentado e discutido com os enfermeiros da urgência.

Os dados serão confidenciais, não sendo identificado em qualquer instrumento de recolha de dados a pessoa a quem se refere e serão usados exclusivamente para o presente estudo.

Agradece desde já a sua disponibilidade,

Cátia Ferreira Bastos Quintas

Enfermeira no Serviço [REDACTED]

Contato: telemóvel [REDACTED]

Email: [catiafbastos@hotmail.com](mailto:catiafbastos@hotmail.com); [REDACTED]

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa acima designada. Foi garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar a participação neste estudo, sem qualquer tipo de consequência. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que, de forma voluntária forneço, confiando apenas que serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que são dados pelo investigador.

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

### Apêndice 3 – Grelha de Observação

Serviço de Urgência				
<div style="text-align: center;"> Contato  Tipo de Isolamento:      Gotículas  Via Aérea </div>				
	Critério	Sim	Não	Não Aplicável
1.	Colocação de doentes			
1.1	É feita avaliação de risco de transmissão de agentes infecciosos na admissão do doente			
1.2	Os doentes de maior risco de transmissão são isolados em local que minimize esse risco			
2.	Higienização das Mãos			
2.1	Antes da colocação da EPI			
2.2	Após a remoção da EPI			
3.	Localização do Doente			
3.1	Separação com cortinas			
3.2	Isolamento em coorte			
3.3	Sinalização da unidade			
4.	Utilização de Equipamento de Proteção Individual			
4.1	Luvas			
4.1.1	Coloca e remove corretamente as luvas			
4.1.2	Usa luvas sempre que prevê o contato com fluidos orgânicos e/ou material contaminado			
4.1.3	Troca as luvas sempre que estas ficam conspurcadas			
4.2	Bata ou avental			
4.2.1	Usa sempre que prevê contato com o doente e/ou superfície envolvente			
4.2.2	Coloca e remove corretamente o avental/bata			
4.3	Máscara, Proteção ocular/facial			
4.3.1	Coloca sempre que prevê o contato com salpicos de fluidos orgânicos ou aerossóis de secreções respiratórias			
4.3.2	Se estiver a menos de 1 metro do doente utiliza máscara cirúrgica			
4.3.3	Utiliza respirador de partículas PFF2/N95 (isolamento respiratório)			

*Precauções de Isolamento no Serviço de Urgência. Um Projeto de Melhoria da Qualidade nos Cuidados de Enfermagem*

4.3.4	Coloca e remove corretamente a Máscara/proteção ocular/facial			
5.	Respeita ordem de colocação das EPI's (bata/avental, máscara, óculos, luvas)			
6.	Respeita ordem de remoção das EPI's (luvas, óculos, bata, máscara)			
7.	Informação ao doente, família e visitas			
7.1	Informa o doente/família do motivo do isolamento e das medidas de precaução			
7.2	Faz ensino sobre as medidas de prevenção			
7.3	Restringe o número de visitas			
8.	Transporte do Doente			
8.1	O transporte é limitado ao estritamente necessário (por exemplo, realização de exames, transferência para outro serviço...)			
8.2	É colocada máscara cirúrgica ao doente durante o transporte			
8.3	Informa o serviço para onde vai ser transportado do risco de transmissão de infeção			
9.	Controlo Ambiental/Descontaminação de Materiais e Equipamentos			
9.1	É utilizado material individualizado			
9.2	É feito acondicionamento correto de roupa e resíduos			
9.3	Após a transferência/alta do doente é feita a correta descontaminação da unidade onde permaneceu o doente em isolamento			
10.	Registos e passagem de informação entre profissionais			
10.1	Durante todo o período de isolamento é feita passagem de informação entre os profissionais			
10.2	São efetuados registos dos cuidados efetuados			

Fonte: o autor. Baseada na norma nº29/2012 atualizada em 31/10/2013 da DGS, "Precauções básicas do Controlo de Infeção (PBCI)", e nos anexos presentes na mesma com instrumentos para auditorias internas às PBCI.



## Apêndice 4 – Questionário



### QUESTIONÁRIO

Este questionário surge no âmbito de um Projeto de Investigação, integrado no Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A pessoa em situação crítica, ministrada pela Escola Superior de Saúde de Portalegre, em associação com Instituto Politécnico de Setúbal, Beja, Castelo Branco e Universidade de Évora. Pretende-se conhecer as práticas atuais dos enfermeiros do Serviço de Urgência relativamente às Precauções de Isolamento. Os resultados obtidos serão utilizados apenas para fins académicos. O questionário é anónimo, não devendo por isso colocar a sua identificação em nenhuma das folhas nem assinar o questionário. Não existem respostas certas ou erradas. Por isso é-lhe solicitado que responda de forma espontânea e sincera a todas as questões. Na maioria das questões terá apenas de assinalar com uma cruz a sua opção de resposta. Obrigado pela sua colaboração.



### Questionário

Anos de Experiência Profissional:

Anos de Experiência Profissional no SU:

Possui Especialidade em Enfermagem? SIM

☐

Não

☐

Fez formação na Área da Prevenção e Controlo de Infecção durante o último ano?

Sim

☐

Não

☐

Contexto em que realizou a formação:

Formação em serviço

☐

Formação pelo Centro de Formação da ULSNA

☐

Outra

☐

Os seus conhecimentos na área de Prevenção e Controlo de Infecção associada aos cuidados de enfermagem são adequados.

1.Discordo totalmente

2.Discordo Parcialmente

3.Não concordo, nem discordo

4.Concordo parcialmente

5.Concordo plenamente

Pratica boas práticas na área das precauções de isolamento.

1.Discordo totalmente

2.Discordo Parcialmente

3.Não concordo, nem discordo

4.Concordo parcialmente

5.Concordo plenamente

**Precauções de Isolamento no Serviço de Urgência. Um Projeto de Melhoria da Qualidade nos Cuidados de Enfermagem**

A formação periódica na Área da Prevenção e Controlo de Infecção contribui para uma melhoria da prática dos enfermeiros.				
1.Discordo totalmente	2.Discordo Parcialmente	3.Não concordo, nem discordo	4.Concordo parcialmente	5.Concordo plenamente

Responda às seguintes questões utilizando a seguinte escala (Escala de Likert), onde:

1. Nunca 2. Raramente 3. Às vezes 4. Frequentemente 5. Sempre

<b>1. Colocação de Doentes</b>				
1.1 Na admissão do doente, faz a avaliação de risco de transmissão de agentes infecciosos.				
1.Nunca	2.Raramente	3.Às vezes	4.Frequentemente	5.Sempre
1.2 Coloca os doentes de maior risco de transmissão em local que minimiza esse risco.				
1.Nunca	2.Raramente	3.Às vezes	4.Frequentemente	5.Sempre

<b>2. Higienização das Mãos</b>				
2.1 Higieniza as mãos antes de colocar as EPI				
1.Nunca	2.Raramente	3.Às vezes	4.Frequentemente	5.Sempre
2.2 Higieniza as mãos após remover as EPI				
1.Nunca	2.Raramente	3.Às vezes	4.Frequentemente	5.Sempre

<b>3. Localização do Doente</b>				
3.1 Procede ao isolamento do doente				
1.Nunca	2.Raramente	3.Às vezes	4.Frequentemente	5.Sempre
3.3 Sinaliza a unidade do doente.				
1.Nunca	2.Raramente	3.Às vezes	4.Frequentemente	5.Sempre

<b>4. Utilização de Equipamento de Proteção Individual</b>				
4.1 Usa luvas sempre que prevê o contato com fluidos orgânicos e/ou material contaminado.				
1.Nunca	2.Raramente	3.Às vezes	4.Frequentemente	5.Sempre
4.2 Troca de luvas sempre que estas ficam contaminadas.				
1.Nunca	2.Raramente	3.Às vezes	4.Frequentemente	5.Sempre
4.3 Usa bata/avental sempre que prevê contato com doente e/ou superfície envolvente.				
1.Nunca	2.Raramente	3.Às vezes	4.Frequentemente	5.Sempre
4.4 Coloca máscara/proteção ocular/facial sempre que prevê o contato com salpicos de fluidos orgânicos ou aerossóis de secreções respiratórias				
1.Nunca	2.Raramente	3.Às vezes	4.Frequentemente	5.Sempre
4.5 Utiliza máscara cirúrgica se estiver a menos de 1 metro do doente				

**Precauções de Isolamento no Serviço de Urgência. Um Projeto de Melhoria da Qualidade nos Cuidados de Enfermagem**

1.Nunca	2.Raramente	3.Às vezes	4.Frequentemente	5.Sempre
4.6 Perante um doente em isolamento respiratório, utiliza respirador de partículas PFF2/N95				
1.Nunca	2.Raramente	3.Às vezes	4.Frequentemente	5.Sempre

5. Respeita a ordem de colocação das EPI's (Bata/avental, máscara, óculos, luvas)				
1.Nunca	2.Raramente	3.Às vezes	4.Frequentemente	5.Sempre
6. Respeita a ordem de remoção das EPI's (luvas, óculos, bata/avental, máscara)				
1.Nunca	2.Raramente	3.Às vezes	4.Frequentemente	5.Sempre

7. Informação ao doente, família e visitas.				
7.1 Informa o doente/família do motivo do isolamento e das medidas de precaução.				
1.Nunca	2.Raramente	3.Às vezes	4.Frequentemente	5.Sempre
7.2 Faz ensino sobre as medidas de precaução.				
1.Nunca	2.Raramente	3.Às vezes	4.Frequentemente	5.Sempre
7.3 Restringe o número de visitas				
1.Nunca	2.Raramente	3.Às vezes	4.Frequentemente	5.Sempre

8. Transporte do doente				
8.1 Limita o transporte do doente ao estritamente necessário (exames, transferência para outro serviço...)				
1.Nunca	2.Raramente	3.Às vezes	4.Frequentemente	5.Sempre
8.2 Coloca máscara cirúrgica ao doente durante o transporte do mesmo.				
1.Nunca	2.Raramente	3.Às vezes	4.Frequentemente	5.Sempre
8.3 Informa previamente o serviço para onde o doente vai ser transportado;				
1.Nunca	2.Raramente	3.Às vezes	4.Frequentemente	5.Sempre

9. Controlo Ambiental/Descontaminação de Materiais e Equipamentos				
9.1 Utiliza material individualizado.				
1.Nunca	2.Raramente	3.Às vezes	4.Frequentemente	5.Sempre
9.2 Acondiciona corretamente a roupa e os resíduos.				
1.Nunca	2.Raramente	3.Às vezes	4.Frequentemente	5.Sempre
9.3 Verifica se, após a alta do doente, é feita correta descontaminação da unidade do doente que permaneceu em isolamento				
1.Nunca	2.Raramente	3.Às vezes	4.Frequentemente	5.Sempre

Gostaria de deixar alguma sugestão?

*Precauções de Isolamento no Serviço de Urgência. Um Projeto de Melhoria da Qualidade nos Cuidados de Enfermagem*

Obrigada pela sua colaboração.

Cátia Quintas

Fonte: o autor. Baseado na Grelha de Observação do Apêndice 3



Apêndice 5 – Cronograma de Atividades do PIS

Atividades	Outubro 2019				Novembro 2019				Dezembro 2019				Janeiro 2020				Fevereiro 2020				Março/abril/maio 2020				Junho/julho 2020			
	1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s
Reunião com Enfª Chefe e Enfª Orientadora para decisão da Temática do PIS																												
Reunião com Enfª Chefe e Enfª Orientadora e Docente responsável																												
Pedido ao CA e Conselho de Ética da Instituição					6/11/2019																							
Elaboração do instrumento de recolha de dados: grelha de observação																												
Autorização do CA e Conselho de ética					28/11/2019																							
Transformação da Grelha de Observação em Questionário																												
Aplicação dos Questionários																												
Preparação da formação em serviço																												
Realização da formação em serviço													20/01/2020															
Observação direta, aplicando a mesma grelha com itens mais frequentes																												
Comparação e avaliação dos resultados																												
Divulgação dos resultados à equipa																												
Redação do relatório de estágio final																												

PADEMIA COVID  
19

Interrupção das  
atividades letivas



## Apêndice 6 – Artigo Científico



Conhecimentos acerca das medidas de precaução de isolamento – Cuidar em Enfermagem

Knowledge about isolation precautions measures - Nursing Care

Cátia Bastos Quintas, Mestranda no Mestrado em enfermagem: Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Pessoa em situação crítica, Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano. EPE, Serviço de Ortopedia, Hospital Santa Luzia de Elvas, [catiafbastos@hotmail.com](mailto:catiafbastos@hotmail.com)

Mariana Pereira, Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Mestre em Ciências da Educação e Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Membro do Centro de Investigação Interdisciplinar Aplicada em Saúde, [mariana.pereira@ess.ips.pt](mailto:mariana.pereira@ess.ips.pt)

**Resumo:** As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) são infeções adquiridas pelo doente em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode também afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade (DGS, 2007). Os profissionais de saúde têm um papel importantíssimo no controlo das infeções hospitalares. Quer na adoção de medidas de precaução (precauções básicas e precauções consoante as vias de transmissão), quer contribuindo para o desenvolvimento e aperfeiçoamento de programas de formação e implementação de técnicas para a prevenção de infeção intra-hospitalar, fazendo parte da equipa de Prevenção e Controlo de Infeção da unidade hospitalar onde se insere. O isolamento constitui uma medida de saúde pública, com o objetivo principal de reduzir a transmissão de microrganismos de uma pessoa para outra, e consequentemente reduzir a morbilidade e mortalidade relacionada com as doenças infecciosas (Costa, 2010). **Objetivo:** Com esta revisão sistemática pretende-se analisar os níveis de adesão e os conhecimentos dos enfermeiros relativamente às medidas de precauções de isolamento, bem como as suas repercussões nos doentes sujeitos a precauções de isolamento. **Metodologia:** Este estudo foi realizado tendo por base dez artigos selecionados através da pesquisa de publicações científicas. A pesquisa de artigos foi feita na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) nas bases de dados Lilacs, Medline e Scielo. **Pesquisou-se** artigos com “precauções de isolamento”, com critérios de inclusão: texto completo, publicados entre 2014 e 2019. **Resultados:** As precauções de isolamento, servem para criar barreiras físicas de forma a impedir a propagação de microrganismos multirresistentes. Consequentemente alteram também a forma como os profissionais de saúde interagem com os doentes. Os profissionais de saúde apresentam limitações na hora de cumprir as medidas de isolamento, por falta de conhecimentos. **Conclusão:** As precauções de isolamento podem ser vivenciadas de maneiras diferentes pelos doentes e podem ser associadas a efeitos negativos. Através de uma maior consciencialização por parte dos profissionais pretende-se minimizar ou neutralizar esses efeitos negativos. Uma forma de diminuir a disseminação dos microrganismos passa pela higienização das mãos que apesar de todas as campanhas, continua a ser o procedimento com menor taxa de adesão. Diagnósticos constantes e investimento na formação e treino sobre novas guidelines parece ser o caminho para melhorar a prestação de cuidados e assim aumentar a adesão às boas práticas na área dos isolamentos de doentes.

**Palavras-Chave:** Precauções de isolamento, Controlo de Infeção, Enfermagem

### ABSTRACT

**Summary:** Healthcare-associated infections (IACS) are infections acquired by the patient as a result of health care and procedures that may also affect health professionals during the exercise of their activity (DGS, 2007). Health professionals play a very important role in controlling hospital infections. Either by adopting precautionary measures (basic precautions and precautions depending on the routes of

transmission) or by contributing to the development and improvement of training programs and implementation of techniques for the prevention of intra-hospital infection, being part of the Prevention and Prevention team. Infection Control of the hospital unit where it operates. Isolation is a public health measure, with the main objective of reducing the transmission of microorganisms from one person to another, and consequently reducing morbidity and mortality related to infectious diseases (Costa, 2010). Objective: This systematic review aims to analyze nurses' adherence levels and knowledge regarding isolation precautionary measures, as well as their repercussions on patients undergoing isolation precautions. Methodology: This study was conducted based on ten articles selected through the search for scientific publications. The search for articles was carried out at the Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) in the Lilacs, Medline and Scielo databases. Articles with "isolation precautions" were searched, with inclusion criteria: full text, published between 2014 and 2019. Results: Isolation precautions serve to create physical barriers to prevent the spread of multi-resistant microorganisms. Consequently, they also change the way health professionals interact with patients. Health professionals have limitations when it comes to complying with isolation measures due to lack of knowledge. Conclusion: Isolation precautions may be experienced differently by patients and may be associated with negative effects. Through greater awareness on the part of professionals is intended to minimize or neutralize these negative effects. One way to reduce the spread of microorganisms is hand hygiene, which despite all the companions, remains the procedure with the lowest adhesion rate. Constant diagnosis and investment in training and training on new guidelines seems to be the way to improve care delivery and thus increase adherence to good practice in patient isolation.

Keywords: Isolation precautions, Infection Control, Nursing

## **1. INTRODUÇÃO**

As infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS) são infecções adquiridas pelo doente em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode também afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade (DGS, 2007).

O conceito de IACS é um conceito abrangente uma vez que se refere a todas as unidades prestadoras de cuidados de saúde, assim a DGS defende que é importante assegurar a comunicação e a articulação entre as diversas unidades de saúde, para a identificação destas infecções a fim de reduzir o risco de infeção cruzada.

A Organização Mundial de Saúde considera que as IACS constituem um dos maiores problemas no que à segurança do doente diz respeito. A sua magnitude acarreta consequências quer a nível individual quer a nível da comunidade (DGS, 2007).

Para Almeida et al (2015), as IACS podem ser consideradas um indicador dos cuidados prestados, e estando estreitamente relacionado com a segurança do doente, podem constituir um evento adverso e indesejável.

As infecções hospitalares aumentaram significativamente nos últimos anos. A classe de enfermagem, por ser a classe com maior número de profissionais, é responsável pela maior parte dos cuidados que são prestados ao doente, envolvidos direta e indiretamente com o controle das infeções (Moura, et al, 2014).

Também Lacerda et al (2014) corrobora esta situação ao dizer que a equipa de enfermagem é uma das classes de profissionais da área da saúde sujeita a maior exposição a materiais biológicos, quer pelo numero de profissionais que compõem a equipa quer pelo constante contacto direto que estes têm com os doentes, dado que a frequência de procedimentos de enfermagem realizados é um dos fatores que contribui para esse contato direto e respetiva exposição dos profissionais. Mas os riscos não são só para os profissionais que prestam cuidados. Os próprios doentes estão sujeitos a riscos que advém das ações dos profissionais. Perante infeções e consequentes medidas de precaução os doentes vêm se isolados, afastados da sua vida social e familiar, com consequente comprometimento social, emocional e económico.



Os profissionais de saúde têm um papel importantíssimo no controlo das infeções hospitalares. Quer na adoção de medidas de precaução (precauções básicas e precauções consoante as vias de transmissão), quer contribuindo para o desenvolvimento e aperfeiçoamento de programas de formação e implementação de técnicas para a prevenção de infeção intra-hospitalar, fazendo parte da equipa de Prevenção e Controlo de Infeção da unidade hospitalar onde se insere.

## **2. PRÁTICA DE ISOLAMENTO DE DOENTES**

Os cuidados de saúde modernos trouxeram novos ganhos em saúde às novas gerações de doentes e familiares. Foram encontradas curas para situações consideradas incuráveis aumentou a esperança média de vida numa escala que não haveria sido prevista há anos. Mas como todas as conquistas, acarretam muitos riscos, a infeção foi sem dúvida um dos grandes riscos que surgiram com tamanha evolução na área da saúde.

É do conhecimento de todos que as IACS (infeções associadas aos cuidados de saúde), são nos dias de hoje, o evento adverso mais comum em meio hospitalar. “As IACS apresentam muitas características que as tornam uma componente crítica de qualquer programa de segurança do doente” (Pina, et al, 2010).

Segundo os mesmos autores, as IACS têm sido abordadas das mais variadas formas: segundo o risco, a frequência, gravidade, mortalidade e custos.

O isolamento constitui uma medida de saúde pública, com o objetivo principal de reduzir a transmissão de microrganismos de uma pessoa para outra, e consequentemente reduzir a morbilidade e mortalidade relacionada com as doenças infecciosas (Costa, 2010).

O isolamento consiste em estabelecer barreiras físicas, de níveis variáveis de forma a limitar ou mesmo suprimir a transmissão de agentes infecciosos. Esta transmissão pode dar de um doente para outro, dos doentes para os prestadores de cuidados e dos prestadores de cuidados para os doentes. Existem dois tipos de isolamento: protetor (é estabelecido para proteger o doente imunodeprimido de infeções) e de contenção (quando o que se pretende é a prevenção da transmissão dos agentes infecciosos).

As barreiras físicas fazem-se, consoante o tipo de isolamento, com recurso a aplicação de equipamentos de proteção individual (aventa, bata, luvas, máscara...) e com restrição do doente a um espaço físico, por exemplo um quarto privativo ou se não for possível, permanecendo o doente na enfermaria junto à janela (isolamento de coorte).

Existem três categorias de isolamento de contenção:

- Isolamento de Contato: quando a transmissão das infeções se faz por contato direto ou indireto;
- Isolamento por Gotículas: quando a transmissão se faz através de gotículas respiratórias expelidas a curta distância (<1m) pela tosse, espirro, fala e procedimentos como aspiração de secreções e broncoscopias. As gotículas não permanecem no ar (*Haemophilus influenza* tipo b, *Influenza*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Neisseria meningitidis*);
- Isolamento de Via Aérea: quando a transmissão se faz por pequenas partículas (igual ou inferior a 5µm) que permanecem suspensas no ar durante longos períodos e podem ser disseminadas à distância através de correntes de ar (tuberculose, sarampo, varicela).

O isolamento constitui uma medida preventiva das doenças infecciosas e epidemias. A aplicação das medidas de isolamento, diferentes do que são hoje, tem as suas raízes na antiguidade, onde as pessoas portadoras de doenças infecciosas eram confinadas a um espaço mínimo sem condições, em muitos casos semelhantes a buracos, onde permaneciam em condições desumanas. Transpondo para a atualidade estes fatos, é impossível não atribuir conotações negativas aos doentes que necessitam de medidas de isolamento. Acarretando para estes efeitos psicológicos negativos, afetando todas as dimensões do ser.

## **3. METODOLOGIA**

Face ao exposto elaborou-se a seguinte questão de pesquisa:

“Os enfermeiros que atuam no hospital demonstram adesão e conhecimentos acerca das medidas de precaução e suas repercussões nos doentes?”

P	Participantes	Quem foi estudado?	Os enfermeiros
I	Intervenções	O que foi realizado?	Medidas de precaução e suas repercussões no doente
C	Contexto Comparações	Onde?	Meio hospitalar
O	Outcomes/ Resultados	Resultados	-Prevenção e controlo de infeção; - Segurança dos cuidados; - Melhoria dos cuidados de enfermagem.

Tabela nº1 – Tabela PICO para elaboração da questão de investigação

A pesquisa de artigos foi feita na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) nas bases de dados Lilacs, Medline e Scielo. Pesquisou-se artigos com descritor “precauções de isolamento”, com critérios de inclusão: texto completo, publicados entre 2014 e 2019. Da pesquisa resultaram 21 artigos, dos quais foram excluídos todos os artigos, que, pela leitura do resumo não tinham interesse para o tema em estudo, os que eram revisão integrativa da literatura, uma tese de mestrado e todos os que eram de acesso pago.

Restaram 4 artigos. Ao fazer pesquisa livre, encontrou-se 6 artigos que pela leitura do resumo se enquadravam no tema desta revisão, pelo que foram integrados na mesma.

Em seguida, apresentam-se os quadros síntese da evidência encontrada.

A1 – “The effect of hospital Isolation precautions on patient outcomes and cost of care: a multisite. Retrospective, propensity score-matched cohort study”	
Autor(es) /Ano/País	Kim Tran, BSc, Chaim Bell, MD PhD, Nathan Stall, MD, George Tomlinson, PhD, Allison McGeer, MD, Andrew Morris, MD SM(Epi), Michael Gardam, MSc MD, and Howard B. Abrams, MD Publicado online: outubro de 2016  Toronto, Canadá
Tipo de Estudo	Estudo de coorte retrospectivo.
Objetivos do Estudo	Analisar o efeito das precauções de isolamento nos doentes e nos custos hospitalares.

Participantes	Doentes adultos (>18 anos) sob precauções de isolamento para doenças respiratórias e Staphylococcus aureus resistentes à meticilina (MRSA).
Intervenções ou fenómenos de interesse	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prática de prevenção e controlo de infeção: os doentes são rastreados na admissão quanto à colonização por Staphylococcus aureus resistentes à meticilina (MRSA), utilizando zaragatoas nasais, rectais/virilhas e feridas.</li> <li>- Precauções respiratórias (gotículas, respiratórias) são usadas para doentes com febre e sintomas respiratórias.</li> <li>- Um profissional da área de prevenção e controlo de infeção determina os requisitos para as precauções de isolamento. A decisão de interromper o isolamento fica a cargo do profissional da área de prevenção e controlo de infeção, com base na melhoria dos sintomas, testes confirmatórios ou diagnóstico alternativo e/ou discussão com o médico assistente.</li> </ul>
Resultados (Outcomes)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De um total de 17649: foram identificados 1506 doentes isolados por doença respiratória e 745 doentes isolados por MRSA.</li> <li>- Dos doentes com MRSA 20 a 25% estão infetados e os restantes colonizados. 18,9% foram readmitidos no hospital e 11,4% recorreram aos cuidados de saúde primários. O custo médio do internamento é de C\$12129, e o tempo médio de internamento é de 12,8 dias.</li> <li>- Dos doentes com isolamento respiratório, 13,7% foram readmitidos no hospital e 10,9% recorreram aos cuidados de saúde primários nos 30 dias após a alta. O custo médio do internamento é de C\$7254 e o tempo médio de internamento é de 8.5 dias.</li> <li>- No geral, 14,4% dos doentes internamento com precauções de isolamento sofreram um evento adverso.</li> <li>- Doentes isolados por MRSA tiveram mais 4,4% de readmissões nos 30 dias após a alta. Permanecem mais 13% do tempo esperado de internamento e têm um custo de 43% maior que os doentes com isolamento respiratório.</li> </ul>
Conclusões	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O estudo comparou doentes isolados com doenças respiratórias e doentes isolados com infeção por MRSA. Os doentes com isolamento por MRSA permanecem mais tempo internados, logo apresentam maiores custos hospitalares, - Os doentes isolados por MRSA, apresentam maior probabilidade de serem readmitidos nos 30 dias após a alta.</li> <li>- As precauções de isolamento podem afetar de forma negativa as várias dimensões do doente (efeitos psicológicos negativos, maior número de eventos adversos, e menos contato com os profissionais...).</li> <li>- O uso das precauções de isolamento demonstrou controlar surtos e, em algumas situações, a transmissão de outros microrganismos.</li> </ul> <p>Estas precauções de isolamento podem ser associadas a consequências adversas indesejadas, uma vez que podem afetar negativamente várias dimensões do atendimento ao doente. Doentes isolados têm metade do contato com os profissionais de saúde. Têm duas vezes mais hipóteses de sofrer eventos adversos durante o internamento e oito vezes mais hipóteses de sofrerem falhas nos cuidados de suporte, como quedas e úlceras de pressão.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Doentes com precauções de isolamento apresentam maiores taxas de insatisfação com os cuidados prestados.</li> </ul>

A2 – “Adverse effects of Isolation: a prospective matched cohort study including 90 direct interviews of hospitalized patients in a French University Hospital”	
Autor(es) /Ano/País	B. Guille-Lerondeau, C. Bourigault, A. C. Guiles des Buttes, G. Birgand Publicado online a 9 de setembro de 2016. Hospital de Nantes, França.

Tipo de Estudo	Estudo de Coorte Prospetivo Observacional
Objetivos do Estudo	Avaliar a satisfação e o impacto psicológico (níveis de ansiedade) dos doentes hospitalizados sujeitos a precauções de isolamento em comparação com doentes não sujeitos a medidas de isolamento.
Participantes	90 doentes hospitalizados (30 em isolamento e 60 sem precauções de isolamento) (doentes com prescrição de precauções de isolamento, com idade superior a 18 anos, capazes de entender e responder a perguntas).
Intervenções ou fenómenos de interesse	<ul style="list-style-type: none"> <li>- As precauções de isolamento são recomendadas pela Sociedade Francesa de Higiene Hospitalar quando são isoladas bactérias multirresistentes e outras infeções associadas a agentes patogénicos transmissíveis (sarna, tuberculose, clostridium difficile, etc.).</li> <li>- As precauções de isolamento podem ser vivenciadas de maneiras diferentes pelos doentes e podem ser associados a efeitos tais como: alterações na prestação de cuidados, descontentamento dos doentes, ansiedade e depressão. - Os agentes infecciosos ou doenças para as quais foram prescritas precauções de isolamento foram Staphylococcus aureus resistente à metilina (n=9) e Enterobacteriaceae de largo espetro (n=9), Clostridium difficile (n=7), tuberculose pulmonar(n=2), sarna (n=2) e varicela (n=1). As precauções de isolamento implementadas foram consoante as vias de transmissão: contato, respiratório).</li> </ul>
Resultados (Outcomes)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O número de interações com os profissionais de saúde tende a diminuir quando se trata de doentes com precauções de isolamento, e o tempo de internamento tende a aumentar.</li> <li>- O número de eventos adversos tende a ser significativamente maior em doentes sujeitos a precauções de isolamento.</li> <li>- 67% dos doentes com precauções de isolamento não estão satisfeitos com a qualidade de atendimento e de informação que lhes é fornecida. - 52% dos doentes com medidas de isolamento têm níveis elevados de ansiedade.</li> </ul>
Conclusões	<ul style="list-style-type: none"> <li>- As precauções de isolamento podem ter efeitos psicológicos negativos, levando à ansiedade e comprometer a satisfação do doente, relativamente à disponibilidade e relacionamento com os profissionais de saúde.</li> <li>- Os profissionais de saúde devem conhecer os efeitos negativos a que os doentes em isolamento estão sujeitos e informar os doentes de forma mais ativa, frequente e assertiva acerca do seu status infeccioso e medidas de precaução. - O aumento da consciencialização por parte dos profissionais (enfermeiros) por meio de formação e treino específico na área das precauções de isolamento pode garantir maior qualidade no atendimento, segurança e satisfação do doente.</li> </ul>

A3 – “Effects of Contact Precautions on Patient Perception of Care and Satisfaction: A Prospective Cohort Study”	
Autor(es) /Ano/País	<p>Preeti Mehrotra, MD; Lindsay Croft, MS; Hannah R. Day, PhD; Eli N. Perencevich, MD, MS; Lisa Pineles, MA; Anthony D. Harris, MD, MPH; Saul N. Weingart, MD, PhD; Daniel J. Morgan, MD, MS</p> <p>Publicado em outubro de 2013, pela Universidade de Chicago</p>
Tipo de Estudo	<p>Estudo de coorte prospetivo</p> <p>Estudo qualitativo e quantitativo.</p>



	(Entrevista padronizada e recurso a questionário HCAHPS que mede a qualidade dos serviços prestados e a satisfação do doente)
Objetivos do Estudo	Determinar relação entre as medidas de precaução de isolamento de contacto com a satisfação do doente durante o período de internamento.
Participantes	528 doentes médico cirúrgicos (não admitidos em UCI), dos quais 104 (20%) identificaram problemas relacionados com a sua prestação de cuidados, por parte dos profissionais de saúde.
Intervenções ou fenómenos de interesse	<ul style="list-style-type: none"> <li>- As precauções de contacto diminuem o contacto/interação entre o profissional de saúde e o doente, e podem assim afetar a satisfação deste.</li> <li>- As precauções de contacto têm sido usadas cada vez com mais frequência de forma a evitar a propagação de microrganismos resistentes, como o <i>Staphylococcus aureus</i> resistente à metilicina (MRSA).</li> </ul>
Resultados (Outcomes)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevista com 3 perguntas: 1ª relacionada com problemas potenciais relacionados com as prestações de cuidados; 2ª relacionada com a ocorrência de eventos adversos e perceção sobre o prolongamento do tempo de internamento e 3ª perceção sobre erros cometidos.</li> <li>- As respostas foram categorizadas em 6 tipo: espera e atraso; comunicação deficiente; questões ambientais; coordenação deficiente dos cuidados; habilidade interpessoal deficiente e não profissional; falta de atenção pelas necessidades e preferências dos doentes.</li> <li>- Os doentes que integraram o estudo relataram um total de 135 problemas relacionados com a prestação de cuidados.</li> <li>- Os doentes sujeitos a precauções de contacto referiram: <ul style="list-style-type: none"> <li>A) que a prestação de cuidados eram alvo de má coordenação entre os elementos da equipa (ex: o médico diz uma coisa, a enfermeira diz outra);</li> <li>B) Falta de consideração pelas necessidades e preferências do doente: “Ninguém percebeu porque eu estava tão chateado e ansioso”, “não recebi o apoio emocional que precisei e ninguém se importou com isso”, “estou isolado aqui...quando as pessoas vestem as batas, sinto-me suja...”</li> </ul> </li> </ul>
Conclusões	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ao criar uma barreira física, as precauções de isolamento de contacto, podem alterar a forma como os profissionais de saúde interagem com os doentes, afetando a experiência dos doentes.</li> <li>- Os doentes internados com precauções de isolamento de contacto referem, com o dobro da frequência dos doentes não sujeitos a precauções de isolamento, problemas com a prestação de cuidados.</li> <li>- Doentes sujeitos a precauções de isolamento percebem que recebem piores cuidados, comparados com os doentes não sujeitos a precauções de isolamento.</li> <li>- Os Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) recomendam que os hospitais devem tomar medidas de forma a minimizar/neutralizar possíveis efeitos adversos provenientes das medidas de isolamento de contacto tais como ansiedade, depressão e outras alterações de humos, estigma do doente isolado, contacto reduzido com a equipa e aumento dos efeitos adversos evitáveis.</li> <li>- A Society for Healthcare Epidemiology of America recomenda a necessidade de determinar a necessidade e segurança do isolamento bem como a optimização da prática de forma a garantir o melhor resultado para os doentes.</li> <li>- Doentes sujeitos a precauções de isolamento de contacto recebem e percebem que recebem piores cuidados.</li> <li>- Educar a equipa no sentido da melhor atuação em relação às medidas de isolamento e educar o doente no sentido de o fazer entender os motivos do isolamento poderão ser medidas que contribuam quer para uma melhor prática dos cuidados, por parte da equipa de saúde, quer para uma maior satisfação por parte do doente.</li> </ul>

	-
--	---

A4 – The Effect of Contact Precautions on Healthcare Worker Activity in Acute Care Hospitals	
Autor(es) /Ano/País	Daniel J. Morgan, MD, MS; Lisa Pineles, MA; Michelle Shardell, PhD; Margaret M. Graham, MPH; Shahrzad Mohammadi, BS, MPH; Graeme N. Forrest, MBBS; Heather S.  Publicado em janeiro de 2013, pela Universidade de Chicago
Tipo de Estudo	Estudo de coorte prospetivo
Objetivos do Estudo	Como as precauções de contacto alteram o comportamento dos profissionais de saúde.
Participantes	7743 observações de profissionais de saúde
Intervenções ou fenómenos de interesse	- A higiene das mãos e as precauções de contato são essenciais para a prevenção e controlo das infeções.  - As precauções de contato incluem o uso de avental/bata e luvas para o contato com o doente, bem como um quarto privado.  -Abordagens recentes incluem, para a prevenção de infeções, a vigilância ativa para MRSA.
Resultados (Outcomes)	- Doentes com precauções de isolamento tiveram 36,4% menos visitas horárias de profissionais de saúde, 17,7% menos tempo de contato direto com os profissionais;  - Doentes isolados recebem menos visitas, cerca de 23,6% menos;  - Os profissionais de saúde têm maior tendência em higienizar as mãos à saída dos quartos dos doentes sujeitos a medidas de isolamento.
Conclusões	- As precauções de contato estão associadas a atividades que provavelmente ajudam a diminuir a transmissão de microrganismos infecciosos, tais como menos visitas, maior taxa de adesão à higienização das mãos à saída do quarto.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Por outro lado, doentes com precauções de isolamento têm menos contato com os profissionais e maior probabilidade de efeitos indesejáveis tais como depressão, ansiedade, menos instruções/explicações sobre a sua situação.</li> </ul>
--	--

A5 – The Effect of Contact Precautions for MRSA on Patient Satisfaction Scores	
Autor(es) /Ano/País	<p>Livorsi DJ, Kundu MG, Batteiger B, Kressel AB</p> <p>Publicado em 2015</p> <p>Indiana University School of Medicine</p>
Tipo de Estudo	<p>Estudo de Caso -Controle</p> <p>- Recurso a uma ferramenta padronizada para avaliar o índice de satisfação dos doentes – HCAHPS (Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems)</p>
Objetivos do Estudo	Comparar os índices de satisfação de doentes isolados por MRSA e doentes sem isolamento.
Participantes	70 doentes (casos) sujeitos a precauções de contacto e 139 doentes não isolados (controle).
Intervenções ou fenómenos de interesse	<ul style="list-style-type: none"> <li>- As precauções de contato podem impedir a propagação de organismos resistentes como <i>Staphylococcus aureus</i> resistente à metilina (MRSA).</li> <li>- O uso das precauções de contato podem ter consequências adversas.</li> <li>- Todos os doentes hospitalizados que se sabe estarem infetados ou colonizados por MRSA são colocados em isolamento de contacto.</li> <li>- As precauções de contacto envolvem: quarto privado, equipamentos de cuidados individualizados, todos os profissionais e visitantes vestem bata e luvas à entrada do quarto.</li> <li>- Por protocolo hospitalar, os doentes com MRSA positivo permanecem em isolamento até que fosse demonstrada a erradicação da infeção.</li> </ul>
Resultados (Outcomes)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Doentes com isolamento de contacto têm maior taxa de co morbilidades (numa razão de 2 para 1).</li> <li>- Doentes submetidos a isolamento de contacto têm mais episódios de internamento (35,7% vs. 20,1%).</li> <li>- 64,2% dos doentes em isolamento de contacto recomendariam a unidade hospitalar, e 73,7% dos doentes não sujeitos a isolamento recomendariam o mesmo.</li> <li>- No que à enfermagem diz respeito: 73,9% dos doentes em isolamento referem que foram tratados com respeito; 68,1% referem que o pessoal de enfermagem procedeu às explicações de forma compreensível.</li> </ul>

Conclusões	<ul style="list-style-type: none"> <li>- As precauções de contacto destinam-se a controlar a propagação de microrganismos multirresistentes, mas também podem ter consequências adversas, incluindo menos contacto com os profissionais de saúde, mais erros na prestação de cuidados e percepções alteradas acerca dos mesmos.</li> <li>- A necessidade de melhorar a satisfação dos doentes não deve alterar as políticas de isolamento, uma vez que estas devem ser usadas de forma criteriosa para controlar a propagação de microrganismos multirresistentes.</li> </ul>
------------	---

A6 – “Cumplimiento de las precauciones de aislamiento de contacto por microorganismos multirresistentes en un hospital de tercer nivel”	
Autor(es) /Ano/País	<p>A González-Estrada, M. Fernandez-Prada, C. Martinez Ortega, A. Lana Pérez, M.</p> <p>L. López Gonzalez</p> <p>Publicado online a 16 de abril de 2016 Espanha</p>
Tipo de Estudo	Estudo observacional
Objetivos do Estudo	Avaliar o cumprimento das medidas de isolamento de contacto em doentes colonizados/infetados com microrganismos multirresistentes por parte dos profissionais de saúde e familiares.
Participantes	O estudo incluiu todos os doentes em isolamento de contacto por microrganismos multirresistentes (MRSA, enterobacteriaceae produtoras de carbapenemases, acinetobacter baumannii multirresistente) e que foram indicados pelo Serviço de Medicina Preventiva e Saúde Pública, profissionais de saúde e familiares/acompanhantes dos doentes isolados.
Intervenções ou fenómenos de interesse	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 467 observações, entre familiares e profissionais de saúde, durante 6 meses.</li> <li>- O isolamento preventivo de doentes com MRSA, é considerado uma das medidas mais eficazes no controlo da propagação dos microrganismos a nível hospitalar, evitando assim infeções cruzadas entre doentes.</li> <li>- Autores demonstraram que os profissionais de saúde apresentam muitas limitações na hora de cumprir as medidas de isolamento.</li> <li>- A incidência de infeções hospitalares por MRSA, estão relacionadas com a qualidade dos cuidados.</li> </ul>
	- Um aumento da adesão à prática da higiene das mãos por parte dos profissionais de saúde, pode reduzir significativamente a incidência de infeções associadas aos cuidados de saúde.



Resultados (Outcomes)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizaram-se 467 observações: 50,5% (236) no turno da manhã, 49,5% (231) no turno da tarde.</li> <li>- Resultados globais das observações: <ul style="list-style-type: none"> <li>* Carro de isolamento (dispositivo desenhado especificamente que contém todo o material necessário ao isolamento): em 97% (453) das observações estava localizado corretamente, as batas descartáveis e as luvas em 99,6% (465) e o SABA (solução de base alcoólica) para a higiene das mãos em 96,8% (452).</li> <li>* Quarto (sinalização e material de uso clínico individual): em 84,8% (396) das observações a sinalização estava correta; em 90,1% dos casos estava presente o aparelho de avaliar a tensão arterial, em 40,9% estava o estetoscópio, e em 16,5% estava presente o termómetro. Em 98,7% das observações a localização e a cor dos sacos dos resíduos estava adequada. O Sabão antisséptico para higiene do doente estava presente em 74,5% dos casos e por fim em 98,7% das observações estava disponível o SABA.</li> <li>* Relativamente aos doentes: 23% não puderam ser avaliados devido a alterações do estado de consciência, dos restantes 77%, só 15% tinham sido informados da sua situação de infeção/isolamento.</li> <li>* Família e/ou acompanhantes: em 45% das observações não havia acompanhantes; relativamente ao conhecimento da situação, nível de instrução relacionado com as medidas de isolamento, 91,4% dos observados mostravam conhecimento sobre a situação epidemiológica, no entanto 5,4% não usavam bata e 18,3% não usavam luvas.</li> <li>* Profissionais: foram observados 24,2% (113) profissionais, uma vez que nos momentos de observação nem sempre havia necessidade de execução de técnicas ou avaliações de enfermagem/médica.</li> </ul> </li> </ul> <p>‘Cumprimento das precauções de isolamento à entrada do quarto: 49,5% dos profissionais entravam no quarto com bata descartável, 53% colocavam luvas e 26,5% realizava higiene das mãos antes da colocação das luvas e bata;</p> <p>‘Cumprimento das medidas de isolamento à saída do quarto: 39,5% dos casos foi respeitada a ordem de remoção da bata e luvas e em 32,5% dos casos foi realizada a higiene das mãos.</p> <p>- Foram encontradas diferenças significativas no comportamento dos profissionais em relação os turnos, sendo os do turno da manhã os que têm piores percentagens relativamente ao cumprimento das medidas de isolamento.</p>
Conclusões	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A higiene das mãos continua a ser o procedimento onde se regista menor taxa de adesão por parte dos profissionais de saúde.</li> <li>- Dos 4 componentes sujeitos a observação, foram as condutas humanas que obtiveram os piores resultados.</li> <li>- Encontram-se diferenças estatisticamente significativas no cumprimento das medidas de isolamento por parte dos profissionais de saúde em função do turno de trabalho. Esta diferença, pode explicar-se, mas, no entanto, não se justificar, pela sobrecarga de trabalho em função do turno, uma vez que existe evidência de que o excesso de trabalho, o stress laboral e um elevado número de doentes isolados têm implicações diretas na baixa adesão das normas preventivas.</li> <li>- O incumprimento das medidas de isolamento não é devido a falta de material, mas sim a condutas individuais quer dos profissionais de saúde quer dos familiares. - Doentes e familiares têm maior taxa de adesão ao cumprimento das medidas de isolamento do que os profissionais de saúde.</li> </ul>
A7 – “Precauções específicas: vivências de pacientes internados” Specific precautions: experiences of hospitalized patients	
Autor(es) /Ano/País	Jesus JB, Dias AAL, Figueiredo RM Aprovado em fevereiro de 2019

	Brasil
Tipo de Estudo	Estudo qualitativo. Utilizou-se a entrevista semiaberta e análise de conteúdo de Bardin.
Objetivos do Estudo	Conhecer a percepção, significados e repercussões da precaução específica no doente internado.
Participantes	19 doentes internados com precauções de isolamento.  - Precauções de contacto: 63,15%;  - Precauções por aerossol: 21,05%;  - Precauções por gotículas: 10,52%
Intervenções ou fenómenos de interesse	- Precauções baseadas nas vias de transmissão ou precauções específicas, são medidas adicionais utilizadas quando a forma de transmissão de microrganismos não pode ser interrompida apenas com precauções básicas.
Resultados (Outcomes)	Foram identificadas 3 áreas específicas: informações/orientações recebidas sobre o isolamento, onde se verificou insuficiência de informação e equívocos acerca do motivo de implementação do isolamento; percepções sobre o quarto privado, verificou-se percepções positivas e negativas; e estigma relacionado à condição de isolamento, na qual se detetaram constrangimentos por estarem em unidades de isolamento de doenças infecciosas e medo por estarem separados dos restantes doentes.  - Sobre orientações/informações recebidas: os doentes relatam desconhecimento sobre os reais motivos das precauções de isolamento: "...ninguém me informou sobre essa situação, o porquê eu deveria ficar neste quarto..."; - Percepções sobre o quarto privado: foram identificadas percepções positivas e negativas. As percepções positivas estão relacionadas com a privacidade que o quarto privado pode dar, e o fato de poder estar com um acompanhante. As percepções desfavoráveis emergiam de sentimentos de solidão, decorrentes de falta de convívio com outros doentes, com restrição de visitas e restrição de atividades que possibilitassem a distração.  - Estigma relacionado com a condição de isolamento: é notória no discurso dos doentes pelo fato de estarem separados dos demais "acho que o mais difícil é a situação mesmo, o isolamento. Você se sente muito inferior, para o psicológico é muito ruim".

Conclusões	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A orientação ou até mesmo a ausência de informação sobre os motivos que levaram à implementação das medidas de isolamento demonstraram-se como dificultadores nas ações de prevenção e controlo das infeções. Assim sendo, devem ser incentivadas estratégias eficazes de orientação para a prevenção da transmissão de microrganismos.</li> <li>- As intervenções que envolvam os doentes, os familiares e os acompanhantes devem ser incluídas nos cuidados, uma vez que essas pessoas quando assumem responsabilidades relacionadas com as medidas de preventivas, ajudam os profissionais e tornam as ações mais seguras.</li> <li>- As ações educativas com metodologia ativa possibilitam melhor participação dos envolvidos no seu processo de saúde, por permitirem também que os doentes se mantenham informados acerca da sua situação.</li> <li>- São os profissionais de saúde quem mais está com os doentes e, consequentemente são os que principais portadores de microrganismos, somando o fato de nem sempre adotarem as medidas de precaução recomendadas.</li> <li>- 63,15% dos doentes entrevistados, referem que o motivo do seu isolamento era para proteção individual, ou seja, para reduzir o risco de adquirir novas infeções e não entendiam que o isolamento seria para evitar que os outros doentes fossem também infetados.</li> <li>- É necessário tomar medidas que diminuam o estigma do isolamento, como manter a confidencialidade e a utilização de termos técnicos/códigos relacionados com as medidas de isolamento e controle de infeção entre os profissionais de saúde e familiares.</li> </ul> <p>Em jeito de conclusão, os doentes internados com precauções de isolamento são possuidores de pouca informação relativamente à sua situação; relativamente ao quarto privado, doentes que possuíam acompanhamento de familiares referiam conforto e privacidade, por outro lado, doentes que se encontravam sozinhos, com limitação de visitas e sem qualquer tipo de distração referiam solidão e angústia. - É necessário refletir acerca das medidas de isolamento instituída, tendo especial atenção aos fatores psicossociais como emocionais dos doentes isolados.</p>
------------	--

A8 – Compliance and knowledge of health professionals regarding airborne precautions      Adesão e conhecimento de profissionais de saúde em relação às precauções para aerossóis.	
Autor(es) /Ano/País	Hélio Galdino Júnior, Lillian Kelly de Oliveira Lopes, Moníque Lopes de Souza, Luzinéia Vieira dos Santos Junho de 2015. Brasil
Tipo de Estudo	Estudo transversal observacional
Objetivos do Estudo	Avaliar a adesão dos profissionais de saúde às precauções para aerossóis bem como o conhecimento a respeito da aplicação dessas medidas.
Participantes	Profissionais de saúde com predomínio da equipa de enfermagem (143 observações).  Familiares (101 observações – uso da máscara N95)

Intervenções ou fenômenos de interesse	<ul style="list-style-type: none"><li>- A tuberculose continua a existir apesar das políticas de biossegurança recomendadas e implementadas nas instituições. A permanência desse risco nas instituições de saúde demonstra não ser suficiente apenas a existência de programas de prevenção e controle da transmissão intra-hospitalar da tuberculose, mas especialmente a adesão dos profissionais a essas medidas.</li><li>- As adesões às medidas de precaução para aerossóis ocorrerão se o profissional tiver conhecimento dessas medidas. Estudos recentes relataram déficit de conhecimentos entre profissionais, estes dados sugerem que a baixa adesão às normas de precaução podem estar relacionadas com falta de conhecimento, o que pode contribuir para o aumento dos números de infecção e adoecimento entre grupos de profissionais.</li><li>- Foram observados 143 profissionais. As variáveis observadas foram: colocar máscara antes de entrar na enfermaria, fechar a porta após entrar, filtro de alta eficiência (HEPA) em funcionamento, uso de máscara N95 pelo acompanhante, manutenção da porta fechada, retirar a máscara após a saída, guardar a máscara em involucrio adequado e higienização das mãos antes e após o atendimento ao doente.</li><li>- Aplicou-se numa primeira fase uma check list de observação, elaborada a partir das recomendações de guias e manuais internacionais e nacionais.</li><li>- Numa segunda fase, aplicou-se, a 76 profissionais com predomínio da equipa de enfermagem, técnicos e auxiliares, 86,8%, um questionário estruturado com perguntas abertas e fechadas para avaliar os conhecimentos sobre o diagnóstico e transmissão da tuberculose e as medidas de precauções para aerossóis.</li></ul>
Resultados (Outcomes)	<ul style="list-style-type: none"><li>- Das 101 observações de familiares, quanto ao uso de máscara N95, só 15% cumpriram com o procedimento, sendo que nenhum profissional questionou ou orientou acerca do uso da mesma.</li><li>- Dos 86,8% de profissionais que responderam ao questionário de avaliação de conhecimentos, 94,7% (72) afirmaram terem recebido formação na área de biossegurança antes do início das suas atividades no hospital.</li><li>- As medidas de precauções para aerossóis mais mencionadas pelos profissionais foram a utilização da máscara N95 (79%) e uso de máscara cirúrgica pelo doente se saísse do isolamento (11,8%). Medidas ambientais como a manutenção da porta fechada e uso do filtro HEPA foram pouco citadas, 3,9% e 7,9%, respetivamente.</li><li>- A manutenção da porta fechada é necessária para manter a pressão negativa no quarto de isolamento, bem como evitar a disseminação do <i>Mycobacterium</i></li></ul>



	<p>tuberculosis, observou-se que em 13,3% das oportunidades as portas permaneceram abertas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Relativamente ao uso de filtros HEPA, em 60,9% este não se encontrava em funcionamento. Em quase todas as observações as janelas do quarto de isolamento encontravam-se abertas, reduzindo a capacidade de manutenção da pressão negativa nos isolamentos com filtros HEPA a funcionar. - Outros estudos demonstraram uma maior deteção de <i>Mycobacterium tuberculosis</i> em amostras de ar dos corredores, o que demonstra uma maior necessidade de manter as portas dos quartos de isolamento fechadas, e uso adequado do sistema de ventilação.</li> <li>- Foi evidenciada falta de conhecimento entre os profissionais de saúde sobre as medidas de precauções para aerossóis.</li> <li>- Apesar de apenas 3,9% dos profissionais referirem a importância da porta fechada como medida de precaução para aerossóis, na observação realizada verificou-se que cerca de 86,7% dos profissionais cumpriam com essa medida. - Foi evidenciada uma alta adesão ao uso da máscara N95, bem como um conhecimento elevado acerca do seu uso no atendimento ao doente com precauções de isolamento por aerossol. Uma nota importante, é que a maioria dos profissionais após sair do quarto de isolamento permanecem com a máscara N95, o que pode revelar uma insegurança por parte daqueles quanto à eficácia das medidas ambientais adotadas pela instituição.</li> <li>- Apesar da alta taxa de adesão ao uso das referidas máscaras, houve falta de consenso relativamente ao tempo de uso daquelas (recomendações do Center for Disease Control and Prevention, a troca da máscara N95 deve seguir as recomendações do fabricante).</li> <li>- Esperava-se encontrar uma alta taxa de adesão à higienização das mãos, uma vez que os profissionais estavam expostos a uma situação de isolamento, tal não se verificou.</li> <li>- Este estudo também mostrou deficiências relacionadas com os conhecimentos dos profissionais referentes ao tempo de isolamento em caso de suspeita e de tuberculose confirmada.</li> </ul>
Conclusões	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A produção científica sobre a adesão e/ou conhecimento dos profissionais de saúde em relação às precauções para aerossóis é escassa, e a maior parte da existente têm mais de 5 anos.</li> <li>- O presente estudo evidenciou falhas na adesão e défices no conhecimento sobre as medidas de precauções para aerossóis, que podem contribuir para o aumento da exposição dos profissionais ao <i>Mycobacterium tuberculosis</i>.</li> <li>- Apesar de estarem implementadas, na instituição as normas orientadoras para as medidas de precauções para aerossóis, devem ser feitos diagnósticos constantes a fim de detetar falhas/pontos fracos e trabalhar estes pontos fracos no sentido de uma melhoria das práticas.</li> <li>- A adesão à higienização das mãos continua a ser um dos maiores desafios para os auditores da prevenção e controlo de infeção hospitalar.</li> <li>- Devem ser efetuadas de forma permanente, campanhas de formação de forma a sensibilizar os profissionais, acerca das últimas diretrizes acerca das precauções baseadas nas vias de transmissão, de forma a aumentar a adesão dos mesmos às boas práticas na área dos isolamentos, sejam eles de contato, respiratórios ou gotículas.</li> </ul>

A9 – “Controle de infeções a pacientes em precaução de contacto”	
Control of infection in patients in contact precaution	
Autor(es) /Ano/País	Fabiane Estevão Barros, Enedina Soares, Maria Luiza de Oliveira Teixeira, Elen Martins da Silva Castelo Branco Brasil, 2019
Tipo de Estudo	Estudo qualitativo, descritivo

Objetivos do Estudo	<p>Descrever o conhecimento do enfermeiro sobre as medidas de precaução de contato.</p> <p>Analisar a aplicabilidade destas medidas na prática dos cuidados aos doentes em isolamento.</p>
Participantes	15 enfermeiros que prestam cuidados num serviço de internamento.
Intervenções ou fenómenos de interesse	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Segundo a OMS, as IACS são consideradas como um problema de saúde pública em que são necessárias respostas urgentes, efetivas e imediatas para o seu controle. As IACS são apontadas como os eventos adversos e a prevenção da sua ocorrência é uma prioridade na segurança do doente e do profissional.</li> <li>- Outra complicação emergente das IACS é o alto risco de morbimortalidade. As IACS podem decorrer da realização de procedimentos invasivos, diagnósticos e terapêuticos, podem aumentar a gravidade da doença de base que acomete o doente, pode trazer complicações ao sítio da infeção (por exemplo, feridas cirúrgicas), complicações a nível da adequação da terapia e levar à sensibilidade de microrganismos aos microrganismos.</li> <li>- Um fenómeno de alerta é a resistência aos antimicrobianos, como uma preocupação mundial e crescente, e a transmissão desses microrganismos entre doentes, possivelmente, ocorre por via das mãos dos profissionais de saúde, que podem contaminar em ocasião de contato com o doente e superfícies inanimadas do ambiente hospitalar, ocasionando-se assim a infeção cruzada.</li> <li>- A implementação de medidas de prevenção e controle de infeções torna-se uma ferramenta útil que permite contribuir para a diminuição dos desfechos negativos. Destacam-se as medidas de precauções de contato, que são importantes no ambiente de cuidado para prevenir a disseminação de microrganismos de importância epidemiológica, como os multirresistentes. Destacam-se medidas como, a higienização das mãos, o uso do avental e de luvas, e o quarto privado na prática dos cuidados.</li> </ul>
Resultados (Outcomes)	<p>- Da análise dos dados resultaram 2 eixos temáticos:</p> <p>* Definição das medidas de precaução de contato e suas indicações: “é você prevenir uma infeção através do contato direto”...“para impedir que microrganismos sejam disseminados para outros pacientes que estejam em contato na mesma enfermaria ou em outras enfermarias”, “é a prevenção da transmissão cruzada entre os pacientes, no caso de baterias diferentes ou não, mas é necessário”, “são medidas que utilizamos para prevenir a contaminação direta, quanto indireta dos pacientes”. Relativamente às indicações para as precauções de contato, nota-se algum desconhecimento quanto aos microrganismos e situações clínicas em que é necessário aplicar as precauções de contato: “Baterias multirresistentes (...) não me vêm mais nada à mente agora”, “As baterias seriam KPC, VRE, MRSA (pausa), estafilococos(...)”, “Ah, o MRSA, o VRE (...)”</p> <p>Nalgumas falas dos participantes são notórias dúvidas quanto ao uso das precauções de contato: “Bactérias multirresistentes (pausa para pensar). Não sei...ahhh, tem precaução por fungos também? ...não me vem nada à cabeça agora”, “...para aqueles pacientes que vieram de outro estabelecimento hospitalar e que internou connosco e a gente não sabe se ele tem ou não tem, no caso do rastreamento. Acho que é só.”</p> <p>*Medidas de controlo das IACS diante da precaução de contato: pediu-se aos participantes para relatarem os cuidados que devem ser prestados aos doentes com precauções de contato, e os relatos demonstram que os profissionais estão conscientes do uso das luvas e do avental/bata, no entanto é evidente que não possuem o conhecimento suficiente quanto à utilização do equipamento de proteção individual, nomeadamente a ordem de colocação e remoção dos mesmos. Nos discursos nota-se também que os profissionais para além das dificuldades que têm na utilização dos elementos descritos anteriormente, referem receios acerca do uso inadequado das PBCI nem como a possível contaminação do profissional, do ambiente e do doente.</p> <p>Um profissional entrevistado demonstrou preocupação com os doentes em precaução de contato que compartilham a mesma enfermaria pela possibilidade de interação entre eles no decorrer do internamento, e pela impossibilidade de isolar em quartos privados, uma vez que a instituição não possui essas condições.</p>

Conclusões	<p>- Jornadas de trabalho excessivas podem conduzir ao desenvolvimento de stress e fadiga devido à privação de sono, e estes podem afetar, de alguma maneira, os processos cognitivos dos profissionais. Assim, estes fatores podem dificultar a aplicabilidade adequadas das medidas de controle de infeção e de outras ações que visem a segurança do doente...e do próprio profissional.</p> <p>- Torna-se importante que as medidas de controle de infeções sejam implementadas de forma adequada. Os profissionais devem ter em mente a finalidade da sua aplicabilidade e que sejam ainda capazes de as utilizar de forma correta sempre que for necessário.</p> <p>- Deve-se objetivar com as medidas de precaução de contato, o controle da disseminação de microrganismos multirresistentes indesejáveis, por meio de ações institucionais, atitudes individuais e coletivas de todos os profissionais de saúde. A classe de Enfermagem é a classe que se encontra em maior número e em maior contato com os doentes e, por isso, deve estar mais atenta à aplicabilidade correta das medidas de controle de infeções. Considera-se, por isso, o enfermeiro o elemento fundamental na consciencialização e motivação da equipa para adoção de medidas preventivas às infeções.</p> <p>- As instituições dispõem-se a fazer ações de formação de forma a capacitar os grupos de profissionais acerca das rotinas técnico-operacionais de prevenção e controle de infeções hospitalares, na sua admissão, com revisões anuais, na ocorrência de surtos e sempre que necessário.</p> <p>- Continuação da sensibilização da higienização das mãos e uso das proteções individuais de forma adequada.</p>
------------	---

A10 – Medidas de Precaução de contacto para prevenção e controle de infeções: relato de experiência	
Contact precautions measures to prevent and control infection: experience report	
Autor(es) /Ano/País	André Luiz Silva Alvim, Fernanda Carolina Ribeiro Santos 2017  Brasil
Tipo de Estudo	Estudo descritivo, do tipo relato de experiência dos aspetos observados.
Objetivos do Estudo	Descrever a experiência do uso de uma check list na avaliação das medidas de precaução de contato.
Participantes	120 observações diretas nas enfermarias

Intervenções ou fenómenos de interesse	<ul style="list-style-type: none"> <li>- As infeções associadas aos cuidados de saúde acarretam o prolongamento do tempo de internamento, aumento dos custos referentes aos cuidados e aumento da taxa de morbimortalidade.</li> <li>- As infeções associadas aos cuidados de saúde podem acontecer de várias formas: contato (direto ou indireto), gotículas e aerossóis. Destes destaca-se a transmissão por contato pela qual ocorre a propagação de microrganismos de uma pessoa para outra ou através das mãos e/ou objetos inanimados. O doente ao adquirir um microrganismo diferente da sua flora residente, pode apresentar-se colonizado, permanecendo de forma assintomática ou evoluir para infeção manifestando sinais e sintomas.</li> <li>- As medidas de precauções de contato são utilizadas para prevenção da disseminação de microrganismos de importância epidemiológica e indicam a higienização das mãos, o uso do avental, luvas e quarto privado na prática assistencial.</li> <li>- Foi aplicada uma check list de observação, onde se destacaram os seguintes itens: placa de identificação de isolamento visível à entrada do quarto do doente, presença de avental, avental pendurado corretamente, luvas disponíveis no sector do doente isolado e uso exclusivo de materiais para o doente isolado (termómetro, aparelho de avaliar a tensão arterial entre outros).</li> <li>- Nesta 1 fase, foram feitas 80 observações e depois feito treino in loco com a equipa multidisciplinar. Após o término dos treinos, os itens da check list foram avaliados novamente através da observação direta, num total de 40 observações (nos pós treino/formação).</li> </ul>
Resultados (Outcomes)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Em todos os itens observados notou-se uma melhoria significativa dos resultados após a sessão de formação/treino. Havendo itens que atingiram os 100% tais como a colocação da placa de isolamento visível, a presença de aventais nos quartais e material (SABA) para higienização das mãos.</li> <li>- Em relação à disponibilidade de luvas, pouco mais de metade estava disponível para uso coletivo, passou de 57,5% antes da formação para 83,3% para o período após treino/formação.</li> <li>- Na avaliação do uso de materiais exclusivos por doente isolado, os dados observados demonstraram que poucos quartos disponibilizavam de forma individual o aparelho de tensão, o estetoscópio e outros materiais necessários.</li> </ul>
Conclusões	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sabe-se que o uso de material individual para cada doente isolado, diminui a propagação de microrganismos no ambiente hospitalar, podendo contribuir drasticamente para a diminuição das colonizações/infeções decorrentes do cuidar em saúde.</li> <li>- Durante a formação/treino, a higienização das mãos foi unanimemente considerada a principal medida para redução das infeções a nível hospitalar.</li> <li>- A maior dificuldade era relacionada com o uso do avental. A equipa de enfermagem refere desconforto no seu uso, pelo calor excessivo gerado durante o banho na cama.</li> <li>- Apesar de as luvas estarem sempre presentes no setor do doente isolado, e do seu uso frequente por parte dos profissionais, este fato por si só não ajuda no combate ao controle de infeção, uma vez que há uma baixa taxa de adesão à higienização das mãos. Este fato pode contribuir para a propagação dos agentes patogénicos no ambiente hospitalar, aumento ainda assim o número de eventos infecciosos inesperados.</li> <li>- Na avaliação do uso de material individualizado, no período pós formação/treino, não mostrou melhorias significativas. Este problema poderá estar relacionado com a falta de material existente em todos os serviços.</li> <li>- O presente estudo, e outros autores, ressaltam a importância para a formação/treino frequentes, pois só assim será possível manter os profissionais atualizados e incentivados no cumprimento das medidas de precaução, independentemente de qual delas seja.</li> <li>- A check list implementada neste estudo demonstrou ser um bom meio para levantamento de necessidades de formação e treino da equipa multidisciplinar. Os itens que obtiveram menor taxa de adesão foram os itens mais trabalhados junto da equipa de forma a gerar impacto positivo na melhoria da qualidade da assistência prestada ao doente em isolamento.</li> </ul>

Os artigos encontrados foram analisados e classificados segundo a classificação dos níveis de evidencia segundo Joanna Briggs Institute, 2013.



Artigos	Tipo de Evidência	Nível de Evidência
Artigo 1	Estudo de coorte retrospectivo	III
Artigo 2	Estudo de Coorte Prospetivo Observacional	III
Artigo 3	Estudo de coorte prospetivo	III
Artigo 4	Estudo de coorte prospetivo	III
Artigo 5	Estudo de Caso - Controle	III
Artigo 6	Estudo observacional	IV
Artigo 7	Estudo qualitativo	IV
Artigo 8	Estudo transversal observacional	III
Artigo 9	Estudo qualitativo, descritivo	IV
Artigo 10	Estudo descritivo, do tipo relato de experiência	IV

Tabela nº2 – Tabela de Produções Científicas: Níveis de Evidência segundo JBI,

2013

#### **4. ANÁLISE DOS RESULTADOS**

As precauções de isolamento, sejam de que tipo forem (contato, gotículas ou via aérea), servem para criar barreiras físicas de forma a impedir a propagação de microrganismos multirresistentes. Da mesma forma que impedem a propagação de microrganismos multirresistentes, essas barreiras alteram também a forma como os profissionais de saúde interagem com os doentes. Segundo Preeti et al (2013), as precauções de contato diminuem a interação entre o profissional de saúde e o doente. Neste estudo, os doentes referem que há uma má coordenação entre os elementos da equipa e uma “falta de consideração” pelas suas necessidades, tendo consciência que recebem piores cuidados em relação aos doentes que não se encontram sob medidas de isolamento. Referem também falta de informação em relação aos motivos de isolamento bem como aos ensinamentos relativamente a este. Doentes em isolamento podem passar por momentos graves de depressão e ansiedade decorrentes da falta de interação com os profissionais, do fato de estarem isolados dos restantes doentes, de terem visitas restritas e pelo fato de conotação negativa que o doente isolado é sujeito.

A necessidade de melhorar a satisfação dos doentes não deve alterar as políticas de isolamento, uma vez que estas devem ser usadas de forma criteriosa para controlar a propagação de microrganismos multirresistentes (Livorsi et al, 2015). No entanto, o CDC (centro de controle e prevenção de doenças) recomenda, que os hospitais devem tomar medidas para minimizar/neutralizar os efeitos adversos provenientes das medidas de isolamento (ansiedade, depressão, estigma, contato reduzido com a equipa de profissionais, entre outros). Uma das formas de concretizar esta recomendação poderá passar por, e segundo o estudo de Preeti et al (2013), educar a equipa no sentido de uma melhor atuação quer em relação às medidas de isolamento, quer em relação à interação com o doente, explicando os motivos do isolamento e fazendo os ensinamentos e acompanhamento necessário. Estas medidas contribuiriam quer para uma melhor prática dos cuidados, por parte dos profissionais de saúde, quer para uma maior satisfação por parte do doente.

Os profissionais de saúde devem conhecer os efeitos negativos a que os doentes com precauções de isolamento estão sujeitos e informar os doentes de forma mais ativa e assertiva acerca da sua situação. O aumento da consciencialização por parte dos profissionais de saúde por meio da formação e treino específico na área das precauções de isolamento pode garantir uma maior qualidade no atendimento, segurança e satisfação do doente (B. Guillely – Lerondeau et al, 2016). Segundo os mesmos autores, o recurso à informação por escrito, panfletos por exemplo, também pode ajudar na informação ao doente e seus familiares.

Dos tipos de isolamento de contenção, e pelos estudos analisados, o isolamento de contato é o mais frequente, sendo o MRSA o microrganismo em maior percentagem. Sendo o que tem maior taxa de readmissão nos 30 dias após a alta, e consequentemente o que acarreta mais custos a nível hospitalar, até porque tendencialmente têm taxa de internamento mais prolongado, segundo o estudo efetuado por Kim Tran et al (2016).

As precauções de isolamento de contato podem impedir a propagação de microrganismos multirresistentes como o *Staphylococcus aureus* resistentes à metilina (MRSA). As precauções de contato incluem: quarto privativo, ou na sua impossibilidade isolamento de coorte, equipamentos de cuidados individualizados, uso de luvas e batas à entrada do quarto. Estudos demonstram que isolamento preventivo para MRSA é considerado uma das medidas mais eficazes na propagação deste microrganismo. Da mesma forma, torna-se de extrema importância o rastreio na admissão dos doentes quanto à colonização por *Staphylococcus aureus* resistentes à metilina (MRSA), utilizando zaragoatós nasais, rectais/virilhas e feridas.

Segundo um estudo realizado em Espanha por A. Gonzalez-Estrada et al, concluíram que os profissionais de saúde apresentam limitações na hora de cumprir as medidas de isolamento. Também Júnior et al (2015) demonstraram em seu estudo que os profissionais não aplicavam medidas corretas nas precauções por aerossol por falta de conhecimentos, o que contribuía para um aumento da exposição dos profissionais ao *Mycobacterium tuberculosis*.

Um aumento da adesão à higienização das mãos (precaução básica) por parte dos profissionais de saúde, pode reduzir significativamente a incidência de infeções associadas aos cuidados de saúde. No entanto, vários dos estudos analisados, constataram que há baixa taxa de adesão dos profissionais à higienização das mãos, sendo o procedimento onde se regista a menor taxa de adesão.

Resultados importantes surgiram do estudo de Gonzalez-Estrada et al (2016), sobre o cumprimento de precauções de isolamento de contato. Segundo este estudo, o incumprimento das medidas de isolamento, por parte dos profissionais de saúde, não se deve a falta de materiais, mas sim de condutas individuais. Além disso, neste estudo percebe-se que é no turno da manhã que há mais falhas no cumprimento das medidas de isolamento. Este dado pode explicar-se pela sobrecarga de trabalho, stress laboral e um elevado número de doentes para poucos profissionais. Mais uma vez, é demonstrado neste estudo, que a higienização das mãos é o procedimento onde se regista menor taxa de adesão, facto este que não se deve à falta de solução de base alcoólica para o efeito. Para Jesus et al (2019) são os profissionais de saúde que mais em contato estão com doentes, pelo que são os principais portadores de microrganismos, e pelo fato de nem sempre adotarem as medidas de precaução adequadas são os principais causadores de infeção cruzada nos serviços de saúde.

Alvim et al (2017), aplicaram uma check list de observação, onde se destacavam procedimentos tais como: colocação de placa de sinalização de isolamento visível à entrada do quarto do doente, presença e uso de avental, luvas e material de uso exclusivo para o doente isolado. Em todos os itens observados, notou-se uma melhoria significativa dos comportamentos aquando de sessões de formação/treino in locus. O que demonstra que uma avaliação continua das necessidades de formação na área das precauções de isolamento, com as respetivas formações/atualizações de procedimentos, podem trazer resultados bastante positivos na prática diária da prestação de cuidados, contribuindo diretamente para uma melhoria dos cuidados.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As infeções associadas aos cuidados de saúde são consideradas um problema de saúde pública em que são necessárias respostas urgentes, efetivas e imediatas para o seu controle (Barros et al, 2019). As infeções associadas aos cuidados de saúde são apontadas como efeitos adversos e a prevenção da sua ocorrência deve ser uma prioridade na segurança do doente e do profissional. Além do exposto, as IACS são tidas como indicadores de qualidade dos cuidados prestados.

As precauções de isolamento podem ser vivenciadas de maneiras diferentes pelos doentes e podem ser associadas a efeitos negativos tais como alterações na prestação de cuidados, com menor interação entre doentes e profissionais de saúde, descontentamento por parte dos doentes, ansiedade e depressão. Os profissionais de saúde devem ter conhecimento desses efeitos negativos, e através de uma maior consciencialização por parte destes por meio de formação nesta área específica das precauções de isolamento garantir maior e melhor qualidade na prestação de cuidados, do atendimento, da segurança, do doente e do próprio profissional e satisfação de ambas as partes.

Não descurando as precauções de isolamento, é necessário refletir sobre as medidas e instituí-las tendo em conta também os fatores psicossociais e emocionais do doente isolado.

A implementação de medidas de prevenção e controle de infeções torna-se bastante útil na medida que permite, tomando as devidas precauções de isolamento, consoante as vias de transmissão (contacto, gotículas e via aérea), prevenir a disseminação de microrganismos multirresistentes. Das medidas, que deveriam ser pelo menos as mais frequentes, destacam-se a higienização das mãos, o uso de avental e luvas, quarto privado na prática dos cuidados. No entanto, há dados preocupantes que demonstram uma baixa taxa de adesão naquele que deveria ser o procedimento com maior adesão, que é a higienização das mãos.

Continua a ser necessário, fazer diagnósticos constantes a fim de detetar falhas/pontos fracos no sentido de se investir na formação e treino sobre novas guidelines, práticas mais adequadas na área das precauções baseadas nas vias de transmissão, com o objetivo de aumentar a adesão às boas práticas na área do isolamento, seja de contato, gotículas ou respiratórios.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, A., Alves, M., Constantino, R., Cruz, C., Figueiredo, M., Lucas, A., Mendes, T., Pinto, P., Reis, S. Roque, A., Sambango, D., Veríssimo, O. & Vitorino, A. (2015). Prevenção e Controlo das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde: Contributos para a tomada de decisão em enfermagem. Coimbra
- Alvim ALS, Santos FCR. (2017) Medidas de Precaução de Contato para Prevenção e Controle de Infeções: Relato de Experiência. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro. 2017;7: e1333. Doi: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v7i0.1333>
- Barros F., Soares E, Teixeira MLO et al (2019) Controle de infeções a pacientes em precauções de contacto. Revista de Enfermagem UFPE on line Recife, 13(4):1081-9, abr., 2019 <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i04a238991p1081-1089-2019>
- Costa, Ana Sofia (2010) Isolamento de doentes: que direitos, que deveres. Revista Percursos, nº17 julho-setembro pág. 14-20 acedido em [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9216/1/Revista%20Percursos%20n17\\_I\\_solamento%20de%20doentes%20-%20que%20direitos,%20que%20deveres.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9216/1/Revista%20Percursos%20n17_I_solamento%20de%20doentes%20-%20que%20direitos,%20que%20deveres.pdf)
- CDC (2017). 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings, last update, october 2017. Consultado a 14 de outubro de 2019. Disponível em: <https://www.cdc.gov/infection-control/guidelines-for-healthcare-setting-2007.pdf>
- DGS (2007). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da infeção associada aos cuidados de Saúde, Lisboa. Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-epublicacoes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude-pdf.aspx>
- González-Estrada, M. Fernández-Prada, C. Martínez Ortega, A. Lana Pérez, M.L. López González (2016) Cumplimiento de las precauciones de aislamiento de contacto por microorganismos multirresistentes en un hospital de tercer nivel. Revista de Calidad Asistencial Vol. 31 Nº 5. p 293-299 DOI: 10.1016/j.jcali.2016.01.003
- Guilley-Lerondeau, B., Bourigault, C., Guille des Buttes, AC. et al. Eur J Clin Microbiol Infect Dis (2017) Adverse effects of isolation: a prospective matched cohort study including 90 direct interviews of hospitalized patients in a French University Hospital [doi.org/10.1007/s10096-016-2772-z](https://doi.org/10.1007/s10096-016-2772-z)
- Jesus JB, Dias AAL, Figueiredo RM. Specific precautions: experiences of hospitalized patients. Revista Brasileira de Enfermagem 2019;72(4):874-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0888>
- Júnior, H.G; Lopes, Lillian Kelly de Oliveira; Souza, Monique Lopes de; Santos, Luzinéia Vieira (2015) Adesão e conhecimento de profissionais da saúde em relação às precauções para aerossóis. Rev. Rene. 2015 julho-agosto; 16(4):514-21 Doi: 10.15253/2175-6783.2015000400008
- Livorsi, D. J., Kundu, M. G., Batteiger, B., & Kressel, A. B. (2015). Effect of contact precautions for MRSA on patient satisfaction scores. Journal of Hospital Infection, 90(3), 263–266. <http://doi.org/10.1016/j.jhin.2015.02.007>

Mehrotra, P., Croft, L., Day, H., Perencevich, E., Pineles, L., Harris, A., Morgan, D. (2013). Effects of Contact Precautions on Patient Perception of Care and Satisfaction: A

Prospective Cohort Study. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 34(10), 10871093. doi:10.1086/673143

Morgan, D., Pineles, L., Shardell, M., Graham, M., Mohammadi, S., Forrest, G., .Perencevich, E. (2013). The Effect of Contact Precautions on Healthcare Worker Activity in Acute Care Hospitals. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 34(1), 69-73.

doi:10.1086/668775

Pina E, Ferreira, E., Marques A., Matos B. (2010, julho – setembro). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 27-39 acedido em: <https://www.elsevier.es/en-revista-revistaportuguesa-saude-publica-323-articulo-infeccoes-associadas-aos-cuidados-saude->

X0870902510898567

Tran K, Bell C, Stall N, et al. (2016) The effect of hospital isolation precautions on patient outcomes and cost of care: a multi-site, retrospective, propensity score-matched cohort study. doi:10.1007/ s11606-016-3862-4



## Apêndice 7 – Análise das respostas ao questionário

Relativamente à discussão dos resultados passamos a analisar cada item do questionário que foi apresentado a todos os enfermeiros que se prontificaram a responder ao mesmo, participando assim, de forma voluntária neste pequeno estudo.

O questionário foi elaborado tendo por base a Escala de Likert, de forma a que o enfermeiro possa responder ao item de uma forma gradual de intervalos de acordo com a sua posição em relação ao assunto, em vez do sim/não. Optamos por uma escala nominal em que:

1. Nunca
2. Raramente
3. Às vezes
4. Frequentemente
5. Sempre

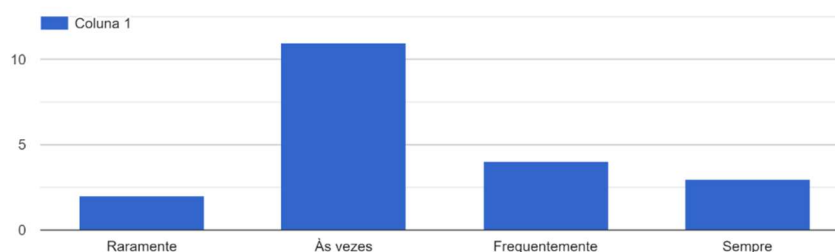
O ponto número 1 do questionário refere-se à colocação dos doentes, aquando da sua triagem. Segundo a DGS (2012), ao admitir um utente numa unidade de saúde, deve partir-se do princípio de que esse mesmo utente pode estar colonizado ou infetado com um microrganismo e desta forma constituir-se reservatório ou uma fonte potencial para a transmissão cruzada da infeção.

Para evitar ou minimizar possíveis infeções cruzadas outras das medidas que devem ser tomadas é relativamente à colocação desses utentes. Estes devem ser alocados em locais que minimizem esse risco de transmissão cruzada, por exemplo em quartos individuais, ou não havendo essa possibilidade, o que acontece em muitos serviços de urgência, fazer isolamento de coorte, ou seja prever áreas, ou separar utentes com distanciamento de cerca de um metro.

Na instituição em estudo, existe uma norma PQ – 08 – GLC – PPCIRA “Protocolo de Vigilância Ativa dos Microrganismos Multirresistentes”. Este protocolo tem como objetivo identificar de uma forma precoce os utentes colonizados/contaminados por MMR. O mesmo protocolo indica quais os utentes que recorrem ao SU que devem ser rastreados. Fazendo valer o protocolo utentes procedentes de outras unidades hospitalares, de UCI independentemente do tempo de internamento nestas, utentes com antecedentes de colonização ou infeção por MMR nos últimos 6 meses e utentes procedentes de UCCI e lares com presença de feridas crónicas, devem ser sujeitos à realização de culturas, tais como zaragatoas, que deverão ser colhidas pelo enfermeiro responsável. Até se obter o resultado, dever-se-á proceder ao isolamento do doente, segundo a PQ – 07 – GLC – PPCIRA, “Precauções baseadas nas vias de transmissão”.

A avaliação de risco deve ser feita até as doze horas desde a admissão e servirá de orientação à decisão de colocação do doente e/ou tipo de isolamento a que terá de ser sujeito (DGS, 2012).

1.1 Na admissão do doente, faz a avaliação de risco de transmissão de agentes infecciosos.



O gráfico indica-nos que a maioria dos profissionais “às vezes” (n = 11), cumprem a PQ fazendo a avaliação do risco de transmissão de agentes microrganismos. Sete enfermeiros referem que fazem frequentemente (n = 4) e/ou sempre (n = 3) a avaliação de risco de transmissão de microrganismos.

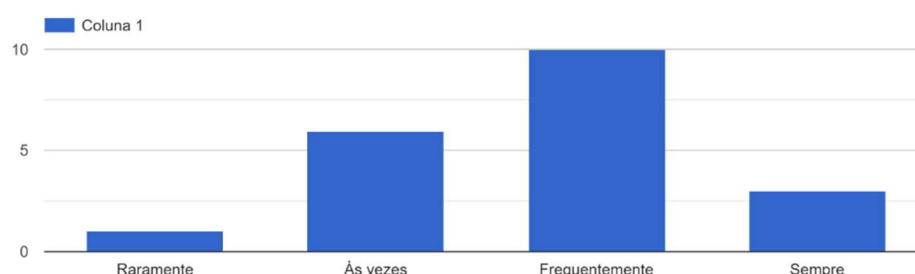
Apenas dois elementos admitem que raramente cumprem a PQ fazendo a avaliação pedida.

Doentes que representam risco elevado de transmissão de MMR (por exemplo, doentes com diarreia, doentes com tosse, febre e expetoração hemoptoica, doentes com úlceras de pressão com cheiro fétido...) devem ser colocados /isolados logo após a triagem em local que minimize esse risco de transmissão de infeção (DGS, 2012).

É importante dar ênfase a esta fase da implementação de rastreios no momento da admissão. Mas sem esquecer, que por si só, este rastreio inicial será inútil se não forem complementados por procedimentos de isolamento e pelo cumprimento das precauções básicas (DGS, 2017).

Importa também perceber se os enfermeiros que realizam o rastreio na admissão do doente, tomam medidas de isolamento quando se deparam com um doente de risco.

1.2 Coloca os doentes de maior risco de transmissão em local que minimiza esse risco



Relativamente ao gráfico sobre a colocação dos doentes em locais que minimizem o risco de infeção cruzada verificamos que a maioria dos enfermeiros do serviço de urgência aloca o utente em locais que minimizem o risco de transmissão de agente infeccioso: n=10 fazem-no frequentemente e n=3 fazem-no sempre. Um dos elementos raramente o faz (n=1) e seis enfermeiros fazem-no às vezes.

Da comparação dos gráficos relativos à colocação de doentes podemos concluir que a maioria da equipa de enfermagem cumpre as PQ da Instituição relativamente à vigilância ativa de MMR bem como à PQ que diz respeito às PBCI. Se bem que, comparando, conclui-se que se isolam mais frequentemente os doentes do que se fazem os rastreios de risco de transmissão de agentes infecciosos.

Motivos para que isto possa ocorrer prende-se com o fato de, sendo um SU pequeno, os utentes que a ele recorrem são praticamente os mesmos, e sendo já conhecidos, tomam-se as medidas que diminuam o risco de transmissão de infeção cruzada mesmo antes de se rastrear os utentes relativamente aos MMR.

A verdade é que, normalmente, os rastreios ativos para MMR são efetuados nos serviços de internamente e muito raramente no SU, quer por falta de recursos humanos, quer por falta de recursos materiais. A maioria dos doentes que são rastreados no SU, são normalmente utentes que depois ficam internados no serviço de SO do SU.

Com o segundo item do questionário pretendia-se perceber qual o comportamento dos enfermeiros relativamente à higienização das mãos, em duas situações específicas: antes da colocação dos EPI e após a remoção dos EPI.

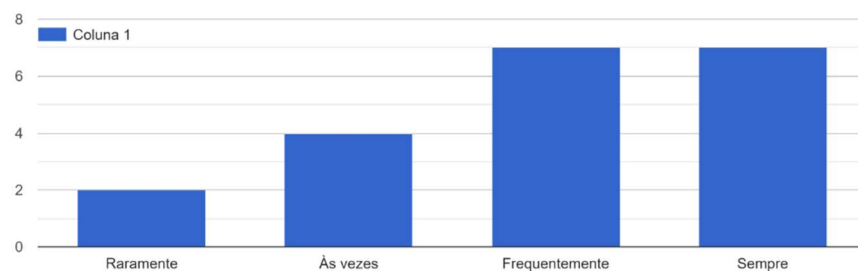
A colocação dos EPI obedece a uma ordem e o primeiro passo deverá sempre ser o da higienização das mãos: com água e sabão ou com solução SABA.

Uma forma de reduzir a transmissão de agentes infecciosos entre doentes durante a prestação de cuidados é dar primazia

à higienização das mãos, que é a PBCI mais importante na redução da transmissão de MMR (GDS, 2012).

Segundo Pina et al (2010) a maioria das infeções que ocorrem “as causas são frequentemente múltiplas e relacionadas com os sistemas e processos de prestação de cuidados e ainda com comportamentos humanos. Os mesmos autores fazem referência a um estudo feito há mais de 150 anos em que se demonstrou que a higienização das mãos reduziu de forma bastante significativa as “mortes por febre puerperal”. A ironia é que apesar de vários estudos ao longo dos tempos, das campanhas mundiais que se fazem para promoção da higiene das mãos, continua a perceber-se que a adesão a esta prática é ainda muito reduzida.

2.1 Higieniza as mãos antes de colocar o EPI

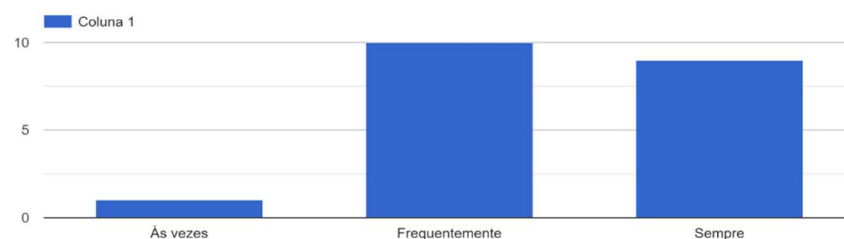


Analisando o gráfico que reflete as respostas dos enfermeiros concluímos que mais de metade da equipa cumpre este item, isto é, 14 enfermeiros responderam, equitativamente, que frequentemente higienizam as mãos antes de colocar os EPI e outros responderam que o fazem sempre.

Quatro enfermeiros higienizam as mãos às vezes, e uns modestos 2 elementos referiram que raramente o faziam.

Após a remoção dos EPI, praticamente toda a equipa afirma que higieniza as mãos, frequentemente n=10, sempre n=9 e

2.2 Higieniza as mãos após remover o EPI



apenas 1 elemento refere que higieniza as mãos às vezes.

Conclui-se que é mais fácil “lembrar” a obrigação de higienização após a remoção dos EPI uma vez que inconscientemente o profissional sabe que, provavelmente, esteve exposto a algum agente infeccioso, ou prestou qualquer tipo de cuidados ao utente, mais o fato de ter de retirar toda o EPI que pode estar conspurcado.

A higiene das mãos é uma das mais importantes precauções básicas. É verdade que as mãos dos profissionais de saúde são o principal veículo de transmissão de agentes infecciosos, também é certo que a higienização das mãos continua a ser a ação mais simples, mais acessível, mais barata e mais rápida para reduzir as infeções intra-hospitalares (Pina et al, 2010). Os autores referem que os profissionais de saúde lavam as mãos menos de metade das vezes do que deviam fazer e no caso de maior carga de trabalhar este valor desce consideravelmente.

Das Precauções Básicas fazem parte o uso das EPI. Estes EPI não têm como objetivo não apenas a segurança do profissional de saúde, mas também do próprio doente. A decisão dos EPI a usar deve ser avaliado em cada situação e em cada momento de prestação de cuidados, onde deve ser feita uma avaliação de risco de infeção cruzada, no risco de contaminação do fardamento, pele e mucosas de quem presta os cuidados, contato com sabugue, líquidos irânicos e excreções do doente.

Entende-se como EPI o uso de luvas, máscaras (mascara cirúrgica, mascara FP2), batas/aventais, óculos, viseiras, cobre botas, cobre sapatos...

Aspeto a salientar é que o uso das luvas não altera as indicações para a higienização das mãos.

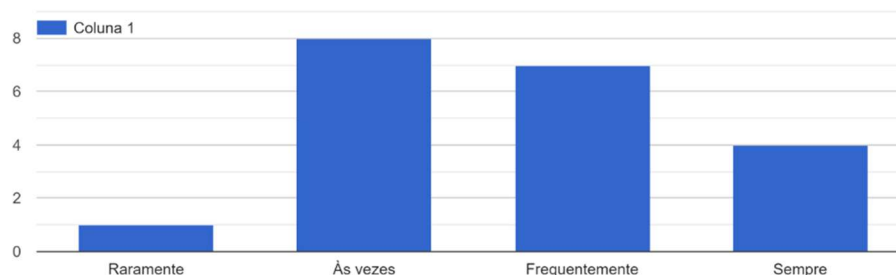
Com o terceiro item do questionário pretendia-se perceber como era feito o isolamento de doentes no SU, quando necessário.

Como já foi dito anteriormente, deve proceder-se ao isolamento do doente sempre que este represente um risco potencial de infeção cruzada. Deve ser feita uma avaliação inicial na admissão do doente e agir de acordo com a avaliação feita.

Os doentes que na admissão apresentem critérios de colonização /infeção devem ficar imediatamente em isolamento (isolamento consoante o problema que apresenta, por exemplo, doente com diarreia por Entero bactereacea deve ficar em isolamento de contacto, doentes com febre, tosse e expetoração hemoptoica devem ficar em isolamento respiratório, doentes com sintomas de meningite devem ficar em isolamento por gotículas, entre outros).

O ideal será sempre isolar o doente em quarto individual. Uma vez que no SU a sua estrutura física não o permite deve proceder-se ao isolamento de coorte e devem ser sinalizados e ficar sob precauções de isolamento, implicando assim que os profissionais de saúde tenham que cumprir com a higienização das mãos e a utilizar todo o tipo de equipamento de proteção individual que achem necessário consoante o tipo de cuidados que vão prestar e atendendo a outros cuidados que dizem respeito à partilha de dispositivos médicos e equipamentos (Pina et al, 2010).

3.1 Procede ao Isolamento do doente



Relativamente ao isolamento do doente, percebe-se que é um comportamento bastante habitual ao analisar o gráfico.

Apenas 1 elemento refere que raramente isola um doente. Uma justificação pode ser que nunca tenha tido um doente a seu cargo com necessidade de isolamento.

Temos 7 enfermeiros que isolam dos doentes frequentemente e 4 que o fazem sempre. Há um número de elementos significativo que refere recorrer ao isolamento "às vezes". Aqui seria de interesse aprofundar e tentar perceber porque só as vezes é que isolam. Quando têm tempo para o fazer? Quando têm disponibilidade de espaço para o fazer? Quando a carga de trabalho permite fazer?

Isolar um doente em contexto de SU não é de todo fácil. O SU, ao qual se remete este estudo, é um serviço com muitas limitações em termos de estrutura física, e que os isolamentos poderão ser mais ou menos fáceis de fazer consoante a



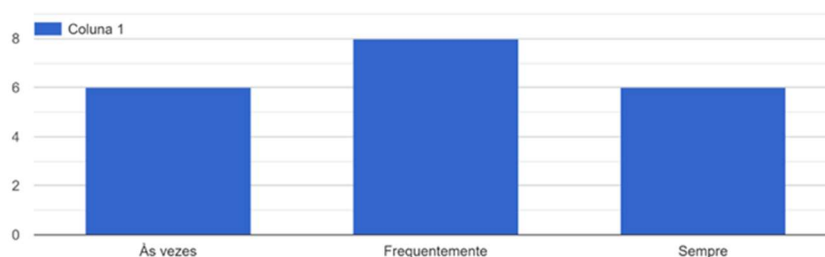
afluência de doentes. De todo não o é impossível, uma vez que em situações de isolamento respiratório/gotículas recorre-se ao antigo gabinete construído para isolar doentes na era do H1N1, que atualmente funciona como gabinete de ortopedia, mas acaba por se tornar um gabinete multifunções, com prioridades para doentes que necessitem de isolamento.

Quando se procede ao isolamento de um doente, é necessário sinalizar a unidade do mesmo de forma a que os outros profissionais percebam que aquele doente está isolado e assim tomarem as devidas precauções caso tenham de lhe prestar cuidados, ou recorrer ao isolamento de coorte caso tenham que colocar um outro doente no mesmo espaço. Outra medida que se deve ter em conta é que em caso de isolamento, deve evitar-se deslocções desnecessárias do doente. Por vezes num SU pequeno, todo o espaço físico conta e tem-se a tentação de ajustar espaços para se poder colocar mais uma maca ou um cadeirão. Por isso é de extrema importância a sinalização da unidade do doente que se encontra em isolamento.

O quarto ou o local de isolamento onde vai ficar o doente deve ser devidamente sinalizado, recorrendo a sinalética que seja facilmente compreensível quer aos profissionais de saúde quer às visitas. Não sendo mencionado o tipo de MMR, deve estar explícito o tipo de isolamento tal como isolamento de contato, isolamento respiratório ou isolamento por gotículas.

Se não for possível a colocação do doente em quarto individual, dever-se-á optar por isolamento em coorte, ou seja, na mesma enfermaria doentes com o mesmo tipo de MMR e com espaçamento de cerca de 1 metro entre si, local deve ser afastado de local de passagem de outros doentes, com separação por biombo ou cortina e com material hospitalar individualizado (estetoscópio, máquina de avaliação de glicémia, termómetro...).

3.2 Sinaliza a Unidade do Doente



A cama do doente que se encontra em isolamento deve ser assinalada, assim como devem ser proporcionadas os EPI adequados ao tipo de isolamento (DGS, 2017).

Percebe-se que as passagens de informação nos cuidados de enfermagem são muito importantes. Entendendo a sinalização da unidade do doente isolado como uma forma de passagem de informação, conclui-se que este item é dos itens mais respeitados, uma vez que 8 enfermeiros o fazem frequentemente e 6 enfermeiros o fazem sempre. Apesar de 6 enfermeiros terem respondido que sinalizam a unidade do doente às vezes a informação é passada a maior parte das vezes.

O item 4 do questionário permite-nos perceber em relação à utilização de equipamento de proteção individual no dia a dia da prestação de cuidados, nomeadamente no que às luvas diz respeito.

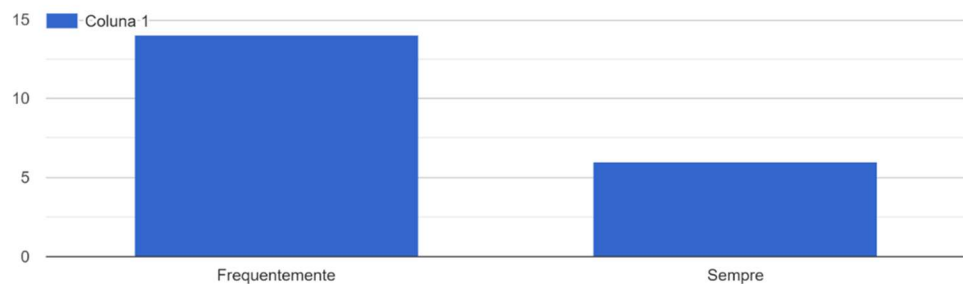
Segundo a norma da DGS (2013) sobre as PBCI as luvas devem ser “usadas quando se antecipa a exposição a sangue ou outros fluidos orgânicos;” e “removidas imediatamente após o uso em cada doente e/ou após o procedimento”.

Para Pina et al (2010) as luvas estão indicadas, para o isolamento de contacto, bem como para as situações onde há a

possibilidade de contato dos profissionais de saúde com sangue ou fluidos orgânicos, membranas mucosas, pele não intacta, e superfícies visivelmente contaminadas (algo que normalmente é esquecido ou negligenciado).

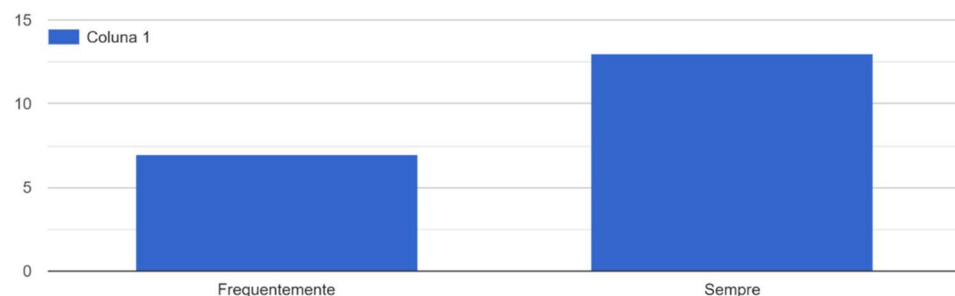
Para os autores supracitados e outros, o uso de luvas não altera as indicações para a higienização das mãos, ou seja, não é por se usar luvas que não há necessidade de higienizar as mãos, pelo contrário, as mãos devem ser higienizadas antes e após a utilização das luvas.

#### 4.1 Usa luvas sempre que prevê o contato com fluidos orgânicos e/ou material contaminado



Relativamente ao uso de luvas não há dúvidas, são o equipamento de proteção individual mais usado em qualquer unidade e serviço de saúde. Assim constatamos que 14 enfermeiros usam luvas sempre que prevê o contato com fluidos orgânicos e/ou material contaminado e 6 usam sempre luvas nas situações descritas.

#### 4.2 Troca de luvas sempre que estas ficam contaminadas.

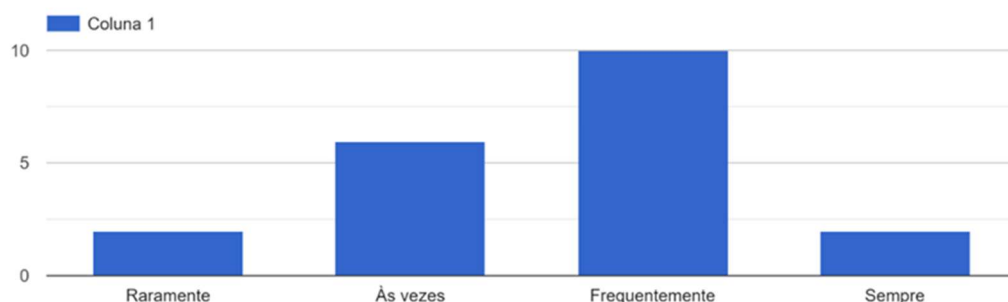


Percebe-se que as luvas são vistas e usadas como elemento de proteção e por esse motivo têm de estar sempre limpas pelo que 13 enfermeiros referem que trocam de luvas sempre que estas se encontrem conspurcadas e 7 enfermeiros trocam de luvas frequentemente sempre que vêm que estas se encontram sujas.

Utilizar bata limpa/avental é uma medida de segurança cujo objetivo principal é a proteção da pele e de impedir a

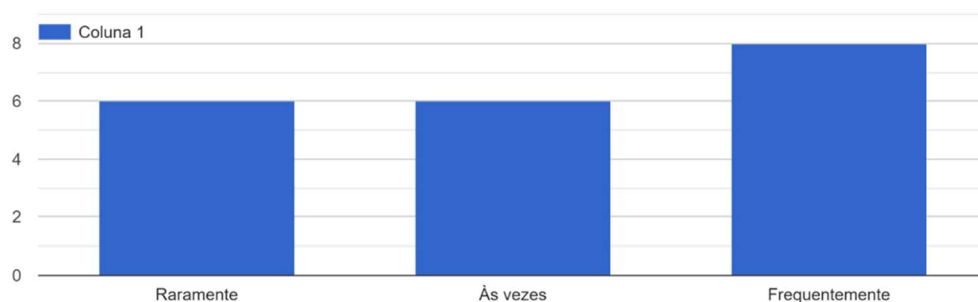
conspuração da farda dos profissionais de saúde durante procedimentos que acarretem risco de produção de derrames e produção de salpicos quer de sangue quer de outros fluidos orgânicos (Pina et al, 2010).

#### 4.3 Usa bata/avental sempre que prevê contato com doente e/ou superfície envolvente



Relativamente ao uso de avental ou bata, o seu uso já não é tão linear. Para além de ser um tipo de equipamento que normalmente não se encontra à mão, ou seja, não está disponível logo ali ao lado. Por isso temos 2 enfermeiros a referir que raramente usam avental/bata, 6 que usam às vezes, e depois temos aqueles que usam frequentemente, 10 enfermeiros, e 2 que referem usar sempre avental quando prevê contato com doente e/ou superfícies envolventes.

#### 4.4 Coloca máscara/proteção ocular/facial sempre que prevê o contato com salpicos de fluidos orgânicos ou aerossóis de secreções respiratórias.



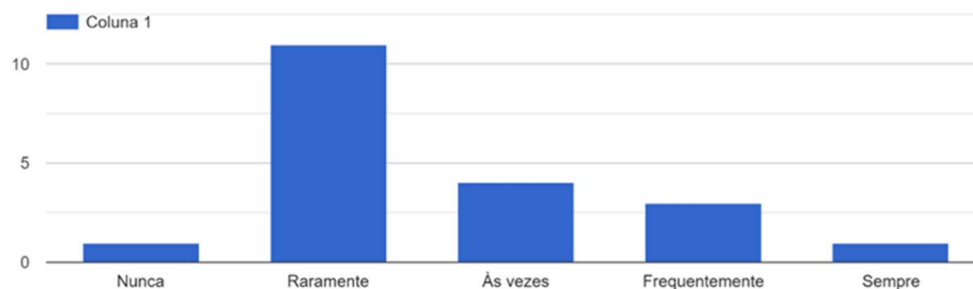
O uso de máscara/proteção ocular/facial não é um equipamento que seja alvo de muita utilização salvo casos em que seja demasiado evidente uma situação que leve ao seu uso, por exemplo: doente com tuberculose, doente com meningite, pandemia de coronavírus, entre outras.

Dai se reflita nas respostas dadas: em que 6 enfermeiros referem que raramente usam máscara, outros 6 usam às vezes e ainda assim 8 enfermeiros referem usar frequentemente.

O objectivo para o uso das máscaras é, por um lado proteger os doentes da libertação potencial de partículas contendo

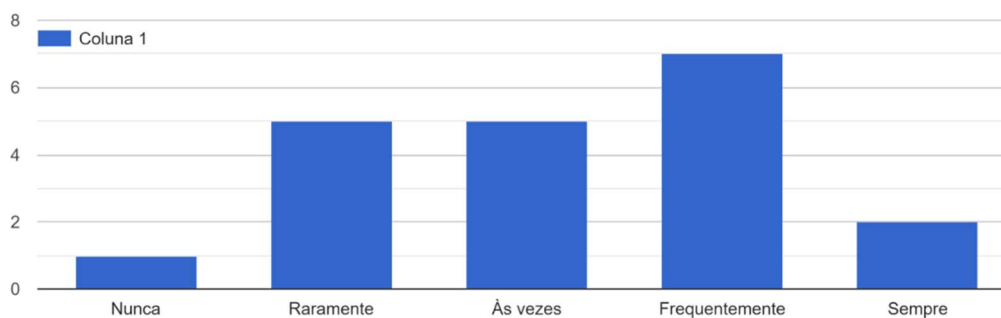
microrganismos e, por outro, proteger o profissional de saúde contra a exposição de gotículas e salpicos (Pina et al, 2010)

#### 4.5 Utiliza máscara cirúrgica se estiver a menos de 1 metro do doente



Relativamente ao uso de máscara cirúrgica (a mais habitual) quando se prevê que se vai estar a menos de 1 metro do doente, depara-se com um gráfico que reflete que é um equipamento muito pouco usado uma vez que apenas 1 enfermeiro referiu que utiliza sempre, 3 referem que utilizam frequentemente e 4 arriscam responder que usam às vezes. Do lado negativo, temos 11 enfermeiros a referir que raramente usam máscara cirúrgica junto dos doentes e 1 enfermeiro admite que nunca usa máscara cirúrgica.

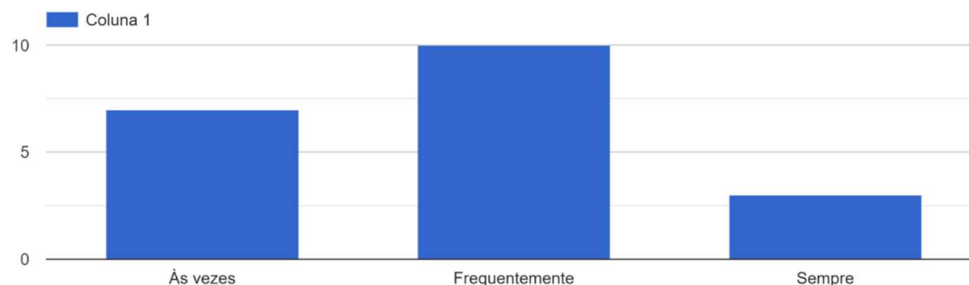
#### 4.6 Perante um doente com isolamento respiratório, utiliza respirador de partículas PFF2/N95



Analisando as respostas, deparamo-nos com respostas de todo o tipo. 1 enfermeiro revela nunca usar máscara FFP2 quando presta cuidados a um doente com isolamento respiratório. 5 enfermeiros revelam que raramente usam este tipo de proteção e outros 5 enfermeiros referem que às vezes utilizam a máscara FFP2. 9 enfermeiros preferem respeitar as regras e cuidar pelo seguro, pelo que 7 enfermeiros afirmam utilizar a máscara FFP2 quando estão em contato com doente em isolamento respiratório e 2 referem que usam sempre este equipamento de segurança individual.



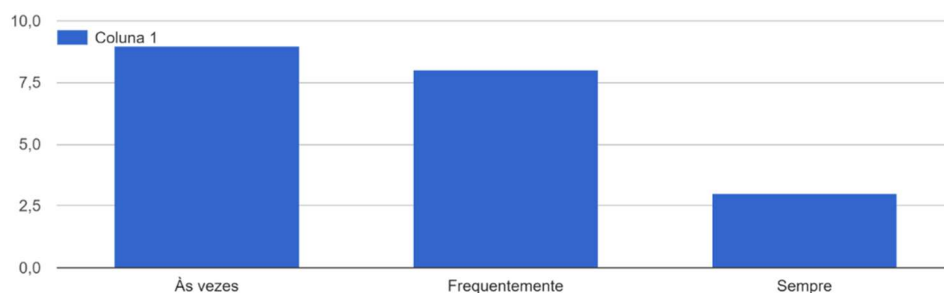
5. Respeita a ordem de colocação das EPI's (bata/avental, máscara, óculos, luvas)



Em relação à ordem de colocação dos EPI, deparamo-nos com respostas bastante animadoras uma vez que 10 enfermeiros responderam que frequentemente respeitam a ordem da colocação dos EPI, e 3 respeitam sempre a ordem. Menos de metade da equipa (n=7) refere que respeita a ordem de colocação dos EPI.

Assim como é importante a ordem de colocação dos EPI, mais importante respeitar a ordem de remoção de forma a não haver contaminações e possibilidades de transmissão de agentes infecciosos. Por isso, foi colocada essa questão aos enfermeiros. Se respeitam a ordem de remoção dos EPI.

6. Respeita a ordem da remoção das EPI's (luvas, óculos, bata/avental, máscara)



Da análise das respostas, verificam-se respostas positivas em relação à ordem de remoção dos EPI. Assim, 9 enfermeiros afirmam que às vezes respeitam a ordem de remoção dos EPI, 8 fazem-no frequentemente enquanto que 3 cumprem sempre a ordem de remoção dos EPI.

Um dos papéis do enfermeiro prende-se com o dar informações ao doente e família, bem como proceder aos ensinamentos. Assim, achou-se pertinente colocar este item no questionário.

Um doente que fica em isolamento precisa de perceber o porquê, o mesmo acontece com os familiares e visitas. É necessário proceder ao ensino das medidas a adotar na hora da visita de forma a prevenir o risco de contaminação/transmissão daqueles que visitam o doente. E em alguns casos proteger o doente de agentes patogénicos que

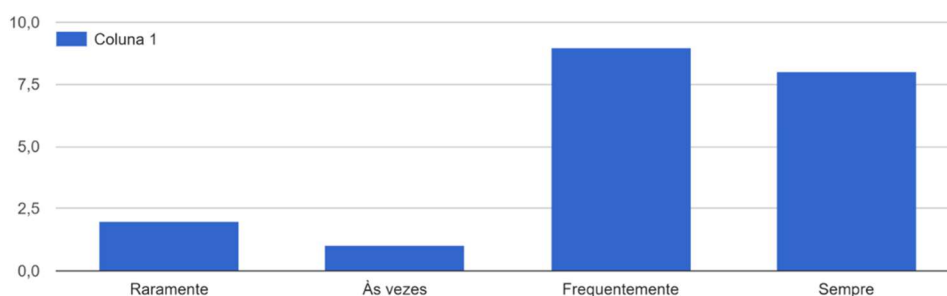
podem ser trazidos pelos familiares/visitas (por exemplo, no caso do isolamento de proteção em doentes neutropénicos).

Segundo a DGS (2017), qualquer doente deve ser informado sobre a necessidade de isolamento, e mais importante é conseguir explicar que essa necessidade de isolamento não significa que o seu estado seja grave, mas que é feito por questões de precaução de forma a não contaminar nem outros doentes nem os profissionais de saúde.

Muitas vezes, o enfermeiro pode não querer dar essa informação porque acha que é da responsabilidade do médico, mas uma vez que é o enfermeiro que passa mais tempo com o doente, vai ser àquele que este vai fazer as perguntas e esclarecer as suas dúvidas. Por isso o enfermeiro deve estar apto quer a informar o doente sobre a sua situação de isolamento, bem como todos os cuidados a ter, por exemplo, se for doente autónomo que não deve deambular pelo serviço, deve evitar o uso de sanitários de outros doentes e se o fizer deve avisar para se providenciar a devida higienização e deve ser instruído quando à lavagem das mãos.

Por sua vez, as visitas devem ser informadas sobre o isolamento do doente, devem ser-lhes explicados como é colocado e removido os EPI. Toda a informação pode fazer-se acompanhar de folhetos informativos, para melhor retenção de informação.

7.1 Informa o doente/família do motivo do isolamento e das medidas de precaução.



Se grande parte dos enfermeiros acha que a primeira informação sobre o estado do doente deve ser dada pela equipa médica, certo é, e pela experiência diária, que é o enfermeiro que mais tempo passa com o doente, logo é ao enfermeiro que o doente vai colocar todas as questões /dúvidas.

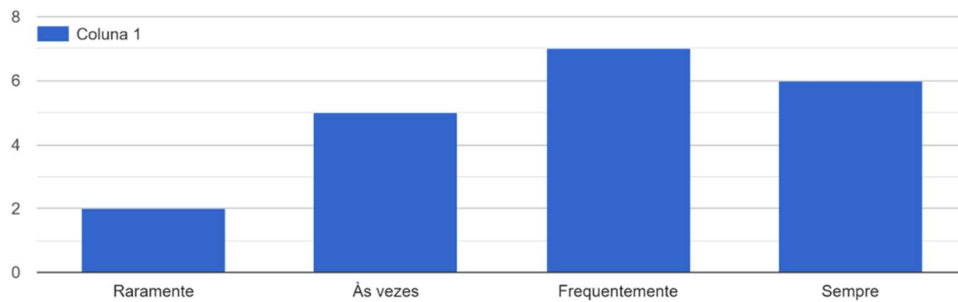
Ao serem questionados sobre se dão informação ao doente, família/visitas, a maioria responde de forma positiva, como se pode ver pelo número de enfermeiros que responderam frequentemente (n=9) e os que responderam sempre (n=8).

Uma pequena minoria afirma que raramente dá informações (n=2) e um elemento refere que dá informações às vezes.

Como foi referido anteriormente deve ser feito ensino ao doente sobre as precauções de isolamento, o que pode e não pode fazer e recorrer ao profissional de saúde sempre que surjam dúvidas. Estar isolado implica o impedimento de fazer determinadas coisas tais como deambular pelo serviço, usar materiais de outros doentes, utilizar sanitários de uso comum, entre outros.

Depois relativamente a cada tipo de isolamento deve ser explicado, quer ao doente quer as visitas, os procedimentos a adotar, uma vez que cada tipo de isolamento tem medidas específicas a ter em conta.

### 7.2 Faz ensino sobre as medidas de precaução.



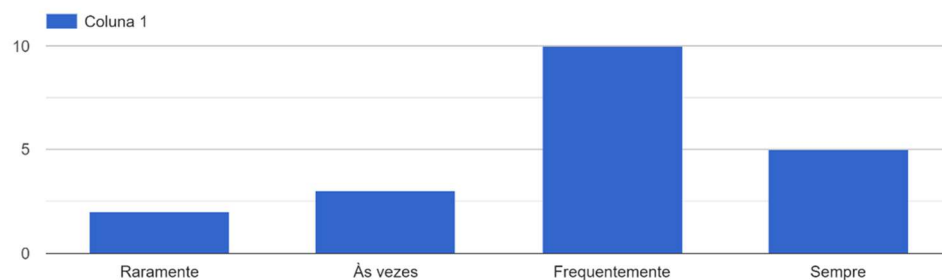
Novamente se recebem respostas bastante positivas quando os enfermeiros são questionados acerca da possibilidade de fazer ensino sobre as medidas de precaução. O ensino sobre os mais variados temas está inerente à função do enfermeiro. Por isso obtivemos 7 respostas em que fazem ensino frequentemente e 6 respostas a afirmar que fazem sempre ensino relacionado com as medidas de precaução. 5 enfermeiros referem que fazem ensino às vezes e 2 afirmam que raramente fazem ensino ao doente, família/visitas sobre medidas de precaução.

Em caso de isolamento, independentemente do seu tipo, as visitas devem ser restringidas quer em número de vistas quer em tempo de permanência, o que deve ser definido em termos de instituição.

As visitas devem ser informadas da necessidade de tomar medidas de isolamento e devem ser esclarecidas acerca da colocação e remoção dos diferentes EPI. Devem ser instruídas a não utilizar os sanitários do doente e evitar sentar-se na cama, na cadeira e a usar qualquer tipo de material que se encontra na unidade do doente.

O não cumprimento das medidas acima citadas podem implicar a infeção das visitas e consequentemente a transmissão a outros elementos, nomeadamente do domicílio.

### 7.3 Restringe o número de visitas.



Dentro da equipa de enfermeiros do SU, é quase a totalidade da mesma que admite restringir o número de visitas ao doente com medidas de isolamento (n=10 fazem-no frequentemente e n=5 fazem-no sempre). Às vezes restringe visitas é a

resposta dada por 3 enfermeiros, enquanto 2 referem que raramente as restringem

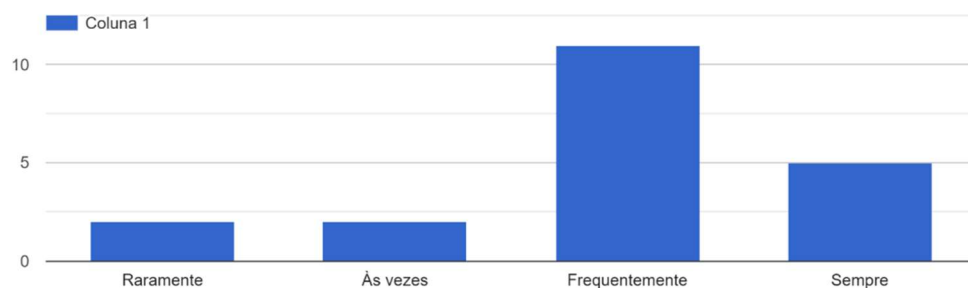
Quando se tem um doente com precauções de isolamento há certas medidas que devem ser adotadas relativamente à mobilização do doente nos diferentes espaços da instituição.

Achou-se pertinente incluir este item sobre o Transporte do Doente, uma vez que para além dos exames que possam ser necessários fazer, há sempre a possibilidade de ter de transportar o doente para outros serviços, tais como serviços onde vai realizar exames de diagnóstico e até mesmo o serviço de internamento.

Sempre que há um doente com medidas de isolamento, as deslocações deste devem ser limitadas ao mínimo indispensável. Preferencialmente deveriam fazer exames dentro do seu quarto. Quando não for possível devem ser marcadas para o final da sessão, com o objetivo de reduzir a transmissão de agentes infecciosos, e após a realização dos exames deve proceder-se à higienização das superfícies e ambiente de forma adequada.

Todo o material usado nestes doentes deve, sempre que possível, ser de uso único.

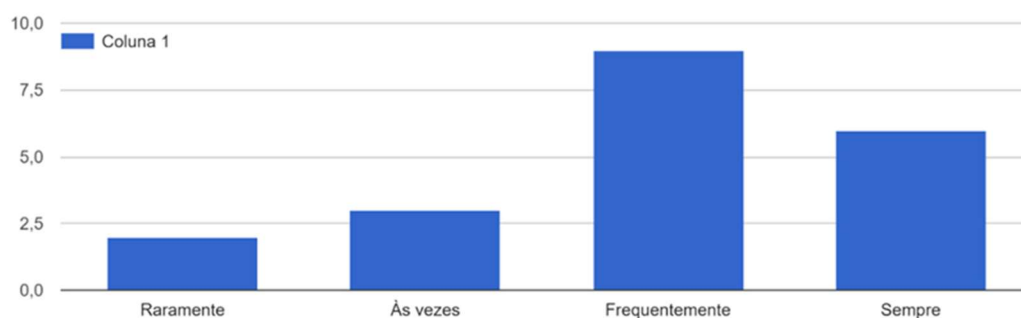
8.1 Limita o transporte do doente ao estritamente necessário (exames, transferência para outro serviço...)



Ao serem questionados sobre se limitam o transporte do doente ao estritamente necessário, a maioria responde de forma positiva. Temos, assim, 11 enfermeiros que afirmam que o fazem de forma frequente e 5 que o fazem sempre. Uma minoria refere que o faz às vezes (n=2) e raramente (n=2).



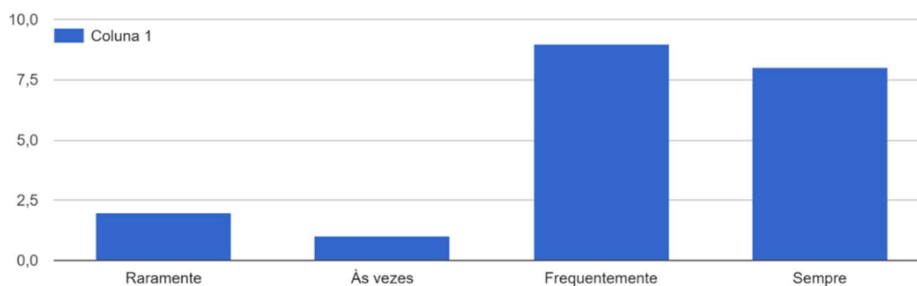
### 8.2 Coloca máscara cirúrgica ao doente durante o transporte do mesmo.



Uma forma de transportar o doente para serviços de diagnóstico, de internamento e até mesmo para transferência entre-hospitalar de forma mais segura e minimizando os riscos de infecção cruzada, é atribuir-lhe determinados equipamentos de proteção, tal como máscara cirúrgica, principalmente quando se trata de doentes que se encontram em isolamento respiratório.

Ao serem questionados sobre o assunto, 9 enfermeiros referem que colocam a máscara cirúrgica ao doente de forma frequente e 6 fazem-no sempre. Por outro lado, 3 elementos referem que por vezes o fazem e 2 raramente o fazem.

### 8.3 Informa previamente o serviço para onde o doente vai ser transportado.



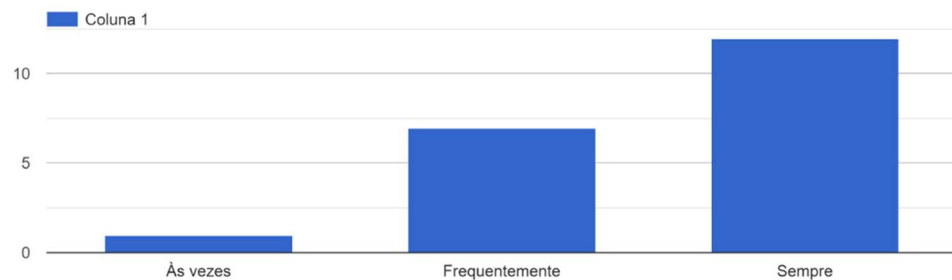
Analisando os resultados obtidos, percebemos que se trata de uma equipa de enfermagem que dá muita importância à transmissão da informação. Verificamos assim que a grande maioria dos enfermeiros informa antecipadamente os serviços para os quais o doente com precauções de isolamento vai ser transportado. Sendo que 9 enfermeiros o fazem frequentemente e 8 fazem-no sempre. Mesmo assim, 1 enfermeiro admite que passa informação às vezes e 2 fazem-no raramente.

Para além do quarto individualizado com sanitários individualizados, o ideal será sempre cada doente com medidas de isolamento usufruiu de material individualizado, material tal como estetoscópio, aparelho de glicemia capilar, termómetro, entre outros.

Segundo a norma da DGS (2013), o equipamento clínico pode ser classificado em: uso único (usado e deitar fora), de uso único num determinado doente (usado pelo mesmo doente e no final do isolamento é descartável) e reutilizável, destinado a ser

usado mais do que uma vez e/ou em mais do que um doente quando devidamente descontaminado.

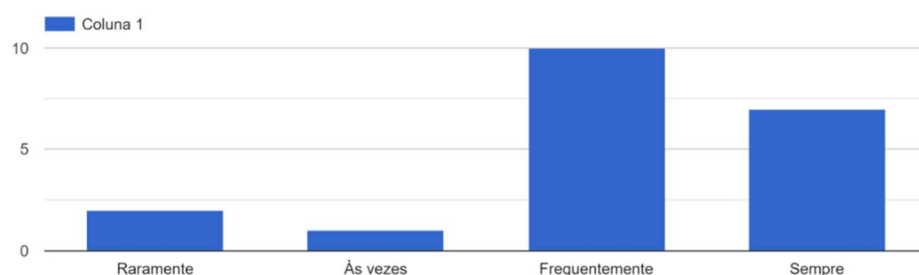
#### 9.1 Utiliza material individualizado.



Pressupõem-se por questões de prevenção e controlo de infeção, cada doente com medidas de isolamento tenham o seu próprio material, tal como termómetro, máquina de avaliação de glicemia capilar, estetoscópio, entre outros. Pela análise das respostas percebe-se que não há falta de material que impeça a individualização do mesmo, uma vez que 12 enfermeiros referem que usa sempre material individualizado e 7 o fazem frequentemente. Apenas 1 enfermeiro refere que o faz às vezes.

Segundo a mesma norma da DGS (2013) todas as roupas utilizadas no doente com medidas de precaução de isolamento devem ser tratadas como contaminadas. As roupas ao serem removidas devem ser depositadas em contentor próprio que deve estar no quarto do doente. O mesmo acontece com os resíduos que devem ser acondicionados em saco ou contentor próprio e não devem ser manipulados. Os contentores não devem exceder em mais de 2/3 da sua capacidade, de forma a que o seu encerramento seja feito de forma segura.

#### 9.2 Acondiciona corretamente a roupa e os resíduos.



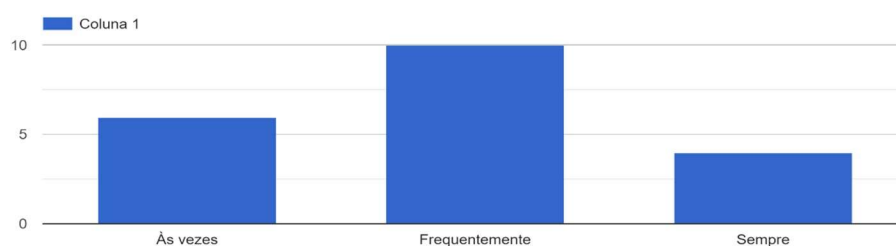
Da análise feita das respostas, 10 enfermeiros referem acondicionar corretamente a roupa e os resíduos, e 7 afirmam que o fazem sempre. Uma pequena percentagem refere que raramente o faz (n=2) e apenas 1 refere que faz às vezes.

Após a alta do doente toda a unidade deste deve ser alvo de descontaminação. Apesar de normalmente ser função das assistentes operacionais, cabe ao enfermeiro supervisionar essa atividade de forma a se perceber que nenhum material, nem nenhuma superfície ficou esquecida no processo de descontaminação.

Os profissionais de saúde, neste caso enfermeiros, devem saber os horários e como se processa a descontaminação da unidade do doente após a sua alta. Isto é importante para assegurar que a área clínica é segura para a prática de cuidados a um novo doente (DGS, 2013).

Para DGS (2013), é importante que o profissional tenha conhecimento dos horários, das rotinas e das frequências da limpeza e conhecer as suas responsabilidades no processo, que serão maioritariamente responsabilidades de supervisão.

9.3 Verifica, se após a alta do doente, é feita a correta descontaminação da unidade do doente que permaneceu em isolamento.



Assim, verifica-se que 10 enfermeiros costumam verificar se é feita a descontaminação correta da unidade do doente e 4 enfermeiros referem que o fazem sempre. No entanto, 6 enfermeiros afirmam que o fazem às vezes.

## Apêndice 8 – Plano de Sessão de Formação em Serviço

**Local:** Sala reuniões do SU

**Data:** 20 de janeiro de 2020, 14h

**Título:** Precauções de Isolamento no Serviço de Urgência – Apresentação do Manual de Boas Práticas

**Grupo:** Enfermeiros

**Duração:** 1h

**Preletores:** Cátia Bastos Quintas

### Objetivos:

#### Geral

Apresentar o Manual de Boas Práticas “Precauções de Isolamento no Serviço de Urgência”

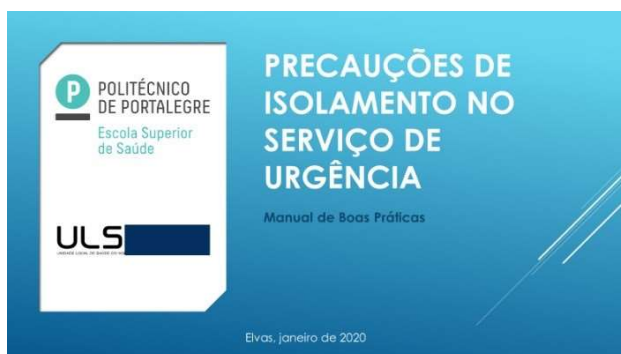
#### Específicos:

- Promover boas práticas de Enfermagem relativamente às precauções de isolamento;
- Uniformizar procedimentos no âmbito das precauções de isolamento;
- Orientar os profissionais de saúde na prestação segura dos cuidados relativamente às precauções de Isolamento;
- Rever conceitos relativamente às PBCI e PBVT.

Conteúdos	Métodos/ Técnicas de Ensino	Meios Auxiliares de Ensino	Duração
<b>1- Introdução</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Apresentação da preleitora</li><li>• Apresentação do tema e enquadramento teórico</li></ul>	Expositivo	Computador/Multimédia	±10 Minutos Enf. <sup>a</sup> Cátia
<b>2- Desenvolvimento</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Precauções Padrão</li><li>• Higienização das Mãos (campanhas)</li><li>• Isolamento de Doentes</li><li>• Tipo de Isolamento</li><li>• Precauções baseadas nas vias de transmissão</li><li>• Tipos de Precauções de Isolamento</li><li>• Sequência de colocação/remoção de Equipamento de Proteção Individual</li></ul>	Expositivo Interativo	Computador/Multimédia  Apresentação e discussão de casos práticos vividos no Serviço de Urgência	30 Minutos  Enf. <sup>a</sup> Cátia
<b>3- Conclusão</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Resumo da Temática</li><li>• Esclarecimento de Dúvidas</li><li>• Avaliação da sessão</li></ul>	Expositivo  Interativo	Computador/Multimédia	Enf. <sup>a</sup> Cátia, 20 Minutos



## Apêndice 9 – Formação em Serviço



### OBJETIVO GERAL

Apresentar o Manual de Boas Práticas "Precauções de Isolamento no Serviço de Urgência"

### Objetivos específicos:

- Promover boas práticas de Enfermagem relativamente às precauções de isolamento;
- Uniformizar procedimentos no âmbito das precauções de isolamento;
- Orientar os profissionais de saúde na prestação segura dos cuidados relativamente às precauções de isolamento;
- Rever conceitos relativamente às PBCI e PBVT.

### História e evolução das práticas de precaução de isolamento – marcos importantes

- 1983: Guia de Isolamento do CDC
- Isolamento de Categoria específica;
- Isolamento de Doença específica.
- 1987: Precauções Universais
- 1987: Isolamento de substâncias corpóreas
- 1996 – Novo Guia de Isolamento do CDC

### CDC – 1996

#### Considera 3 elementos :

- **Fonte** (agente causal, muitas vezes as mãos dos profissionais de saúde)
- **Hospedeiro** (susceptível)
- **Transmissão** (contato, gotículas, via aérea)
- Precauções Padrão para todos os doentes
- Precauções baseadas nas vias de transmissão

#### Cadeia de infecção

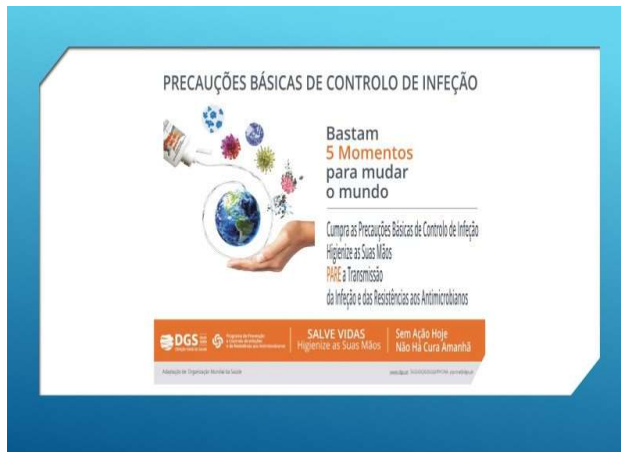


### Reflexão: O que fazemos no SU?

- Utilizamos luvas em todas as situações que prevemos contato com sangue, fluidos orgânicos, material contaminado e ao tocar em mucosas e pele não íntegra?
- Higienizamos as mãos antes e depois do contato com os doentes?
- \* temos pontos SABA suficientes?
- Existem Caixa corto-perfurantes nos sítios adequados?

Como usar as precauções padrão:

- **Higiene das mãos**
- **Equipamento de proteção individual**  
Luvas: Contato com sangue, fluidos corporais, secreções, excreções, itens contaminados, mucosas e pele não íntacta  
Avental: durante procedimentos ou atividades onde possa ocorrer contato da roupa com sangue/fluidos corporais, secreções  
Máscara, Óculos, Protetor Facial: durante procedimentos onde possa ocorrer respingos de sangue, fluidos corporais, secreções.
- **Cuidados com materiais perfuro-cortantes**  
Materiais que podem perfurar ou cortar a pele, como seringas, lâminas etc.  
Não reencapsular, entortar, manipular ou partir  
Devem ter um descarte apropriado



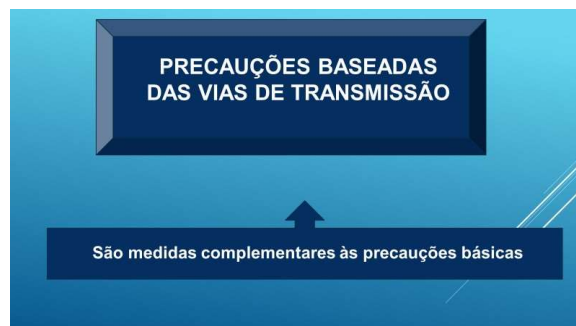
#### Lavagem das mãos



#### ISOLAMENTO DE DOENTES

- estabelecimento de barreiras físicas de forma a reduzir a transmissão de microrganismos de um indivíduo para outro.
- Todos os doentes, mesmo não apresentando sintomas específicos, devem ser considerados portadores de microrganismos/doenças transmissíveis, portanto o profissional de saúde deve adotar uma postura para não se infectar ou servir de vetor para transmitir doenças para outros doentes.
- serve para prevenir a aquisição de infecções/doenças. As precauções de isolamento são classificadas de acordo com a rota de transmissão do agente.

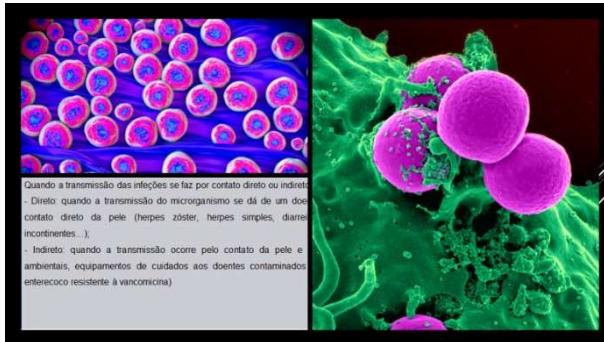




CATEGORIAS DE ISOLAMENTO DE CONTENÇÃO	
ISOLAMENTO DE CONTATO	Quando a transmissão das infeções se faz por contato direto ou indireto. - Direto: quando a transmissão do microorganismo se dá de um doente para outro, através do contato direto da pele (herpes zóster, herpes simples, diarreia infecciosa em doentes incontinentes...); - Indireto: quando a transmissão ocorre pelo contato da pele e mucosas com superfícies ambientais, equipamentos de cuidados aos doentes contaminados por microorganismos (ex.: enterococo resistente à vancomicina)
ISOLAMENTO POR GOTÍCULAS	Quando a transmissão se faz através de gotículas respiratórias expelidas a curta distância (<1 metro) pela tosse, espirro, fala e procedimentos como aspiração de secreções e broncoscópios. As gotículas não permanecem no ar. Exemplo: Haemophilus influenza tipo b, Influenza, Mycoplasma pneumoniae, Neisseria meningitidis
ISOLAMENTO DE VIA AÉREA	Quando a transmissão se faz por pequenas partículas (igual ou inferior a 5µm) que permanecem suspensas no ar durante longos períodos e podem ser disseminadas à distância através de correntes de ar. Exemplo: tuberculose, sarampo, varicela



- ### Reflexão: O que fazemos no SU?
- Na admissão do doente fazemos a avaliação de risco de transmissão de agentes infecciosos?
  - É-nos possível colocar um doente em isolamento de contato no SO?
  - Sim...
  - Como? Isolamento de coorte (doentes separados com cortina, com material individualizado)
  - Como sinalizar? Onde colocar a placa de sinalização?
    - Porta do SO
    - Junto à cortina
  - Onde colocar "mesa" com material individualizado/luvas/aventais



#### Como realizar isolamento de contato:

- O doente deve ficar sozinho no quarto ou no máximo junto a outro doente com mesmo micro-organismo (isolamento de coorte).
- O doente não pode sair do quarto, preferencialmente.
- Caso seja necessário, isso deve ser feito sob supervisão de profissional, para evitar contaminação de outras áreas do hospital pelo doente.
- Uso de aventais e luvas, sempre que for entrar em contato com o doente ou qualquer superfície possivelmente colonizada ou contaminada.
- Esse material precisa ser descartado logo após o uso.
- Todo o equipamento (aparelho de tensão, termômetro, estetoscópio, etc.) deve ser de uso exclusivo do paciente.

#### Avental descartável

Usado em precaução por contato

**Não pode ser reutilizado**

(mesmo que esteja intacto e seja pela mesma pessoa)



ULSNA

PRECAUÇÕES  
ISOLAMENTO DE GOTÍCULAS

**PARE**

Em caso de dúvida, solicite a orientação de um Enfermeiro

Fonte: o próprio

#### Reflexão: O que fazemos no SU?

- Na admissão do doente fazemos a avaliação de risco de transmissão de agentes infecciosos?
- Colocamos máscara cirúrgica ao doente na triagem?
- É-nos possível colocar um doente em isolamento por Gotículas no SO?
- Sim...
- Como? Isolamento de coorte (doentes separados com cortina, com material individualizado) Porta do SO  
Junto à cortina
- Como sinalizar? Onde colocar a placa de sinalização?
- Onde colocar "mesa" com material individualizado/luvas/aventais

ISOLAMENTO POR GOTÍCULAS

Quando a transmissão se faz através de gotículas respiratórias expelidas a curta distância (<1 metro) pela tosse, espirro, fala e procedimentos como aspiração de secreções e broncoscopia. As gotículas não permanecem no ar.

Exemplo: Haemophilus influenza tipo b, Influenza, Mycoplasma pneumoniae, Neisseria meningitidis

Meningite

Mycoplasma Pneumonia

#### Como realizar o isolamento por Gotículas:

- O doente deve ser internado em quarto privado (um único paciente no quarto), preferencialmente. Se não for possível, o outro leito deve ficar a uma distância de no mínimo 1 metro;
- A porta do quarto deve permanecer sempre fechada;
- Todas as pessoas que entrarem no quarto (inclusive visitas), devem usar máscara cirúrgica (tampando nariz e boca) durante todo o tempo que permanecerem no quarto;
- Ao sair do quarto, a máscara descartada no lixo (não pode guardar para usar depois);
- O doente não pode sair do quarto (exemplo: caminhar pelo corredor do hospital), a não ser que seja preciso (exemplo: realizar algum exame);
- Caso o doente precise sair do quarto, deverá usar a máscara cirúrgica durante todo o tempo que estiver fora;
- O doente não precisa usar máscara cirúrgica quando estiver no quarto.

#### Máscara cirúrgica

Usada em:

- Isolamento por gotícula
- Isolamento por aerossóis (pelo paciente)

\*Não deve ser reutilizada

\*Não deve ser compartilhada

\*Deve ser descartada sempre que úmida







### Reflexão: O que fazemos no SU?

- Na admissão do doente fazemos a avaliação de risco de transmissão de agentes infecciosos?
- Colocamos máscara P2 ao doente na triagem?
- A quem? Doentes com tosse à mais de 3 semanas, expectoração hemoptoica, doença já diagnosticada de tuberculose que tenha abandonado o tratamento
- É-nos possível colocar um doente em isolamento por Gotículas no SO?
- Sim...
- Como? Isolamento de coorte (doentes separados com cortina, com material individualizado)
 

Porto do SO  
Junto à cortina
- Como sinalizar? Onde colocar a placa de sinalização?
- Onde colocar "mesa" com material individualizado/luvas/aventais

### ISOLAMENTO DE VIA AÉREA

Quando a transmissão se faz por pequenas partículas (igual ou inferior a 5µm) que permanecem suspensas no ar durante longos períodos e podem ser disseminadas à distância através de correntes de ar.

Exemplo: tuberculose, sarampo, varicela

Tuberculose

Varicela

Sarampo

### Como realizar o isolamento por Via Aérea:

- O doente deve ficar obrigatoriamente em um quarto sozinho.
- O quarto deve ser com pressão negativa, com ar condicionado de alta pressão de filtro de alta eficácia.
- A porta do quarto deve ficar SEMPRE fechada
- Obrigatório o uso de máscara de tipo N95 ou PPF -22 para todos os profissionais que entrarem no quarto, bem como vistas, que devem ser restritas.
- Se precisar sair do quarto, o doente deve usar máscara cirúrgica.

**Máscara N95/ppf-2**  
Usada em isolamento por aerossóis

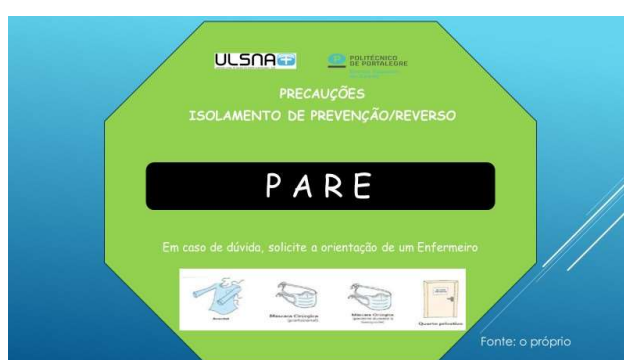
Pode ser reutilizada desde que não esteja danificada, molhada ou dobrada.  
Não pode ser compartilhada

### Medidas de isolamento para evitar a transmissão por Via Aérea em situações específicas

#### Serviço de Urgência

Devem adotar-se medidas de isolamento para evitar a transmissão pelo ar no Serviço de Urgência perante a suspeita de tuberculose respiratória, sobretudo perante sinais e sintomas sugestivos, tais como:

- tosse com mais de 3 semanas;
- expectoração hemoptoica;
- doença já diagnosticada de tuberculose que tenha sido abandonado o tratamento.





Fonte: o próprio

"Existem duas formas de viver: acomodar ou ousar.  
Quando lutamos por ideias nas quais acreditamos,  
nasce daí um sentimento de dignidade de ser alguém  
que faz a diferença"  
(Roberto Shinyashiki)

Obrigada

Cátia Quintas

## Apêndice 10 – Questionário para Avaliação da Formação

### AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO

FORMAÇÃO: “Precauções de Isolamento no Serviço de Urgência – Apresentação do Manual de Boas Práticas”

DATA: 20 de janeiro de 2020, pelas 14h

LOCAL: Sala de Reuniões do Serviço de Urgência

PRELETORA: Cátia Bastos Quintas

O seguinte questionário deve ser preenchido segundo uma escala de 1 a 5.

1 – A melhorar bastante; 2 – A melhorar; 3 – Razoável; 4 – Bom; 5 – Muito bom

#### Avaliação geral da formação

	1	2	3	4	5
O tema da formação foi pertinente ao contexto?					
Os objetivos da formação foram explícitos?					
Os conteúdos abordados foram apropriados aos objetivos e ao contexto?					
A duração da formação foi adequada?					
A interação entre o formador e os participantes foi apropriada?					
O espaço e os meios utilizados foram adequados à sessão de formação?					

#### Avaliação Individual

	1	2	3	4	5
Quais os seus conhecimentos prévios relativamente à temática?					
Esta formação possibilitou a aquisição de novos conhecimentos?					
Os conteúdos abordados serão úteis no meu contexto de trabalho?					

Os conteúdos aprendidos permitirão prestar cuidados de enfermagem de maior qualidade à pessoa?					
Os conteúdos aprendidos contribuirão para melhorar o meu desempenho profissional?					

**Avaliação do formador**

	1	2	3	4	5
O formador revelou domínio dos conteúdos?					
O formador incentivou à interação entre os participantes?					
A metodologia adotada revelou-se adequada?					
A exposição e linguagem foram claras e adequadas?					

Obrigada pela sua atenção e disponibilidade.



## Apêndice 11 – Cartaz “O doente crítico com AVC: manifestações clínicas”



### AVC

O AVC é um déficit neurológico, focal, de início súbito, resultante de perturbação na circulação, que se prolonga por mais de 24 horas, podendo causar lesão cerebral irreversível...

Grandes problemas hemorrágicos ou isquémicos dão origem a uma síndrome de défices neurológicos, que reflete oxigenação alterada de uma zona específica do cérebro.

#### Manifestações Motoras:

- Hemiparésia;
- Hemiplegia;
- ...hemicorpo contralateral ao local da isquemia (inicialmente flácida, evoluindo para espástica);
- Diplegia;
- Tetraplegia/quadruplegia;
- Desvio da Comissura labial.





### O doente crítico com AVC

#### Manifestações clínicas

#### Manifestações Cognitivo-Emocionais:

**Afasia não-fluente, Afasia de expressão ou Afasia de Broca:** dificuldade ou incapacidade de se expressar verbalmente;

**Afasia fluente, Afasia sensitiva/de recepção ou Afasia de Wernicke:** dificuldade ou incapacidade de compreensão da fala



- Labilidade e imprevisibilidade emocional;
- Depressão;
- Perda de memória;
- Pouca concentração;
- Distração facilitada/ distração;
- Perda da capacidade de raciocínio e discernimento

#### Manifestações Percepto-Sensoriais:

- Resposta diminuída à sensibilidade superficial (tato, dor, pressão, calor e frio);
- Propriocepção diminuída (sensibilidade própria aos ossos, músculos e articulações e que fornece informações sobre a estática, o equilíbrio, o deslocamento do corpo no espaço);
- Défices visuais:
  - Acuidade diminuída;
  - **Diplopia:** percepção de 2 imagens de 1 único objeto;
  - **Hemianopsia homônima:** Perda parcial/completa da visão de uma das metades do campo visual de um ou ambos olhos;
- Percepção:
  - Síndrome de negligência unilateral;
  - Imagem corporal distorcida;
  - Apraxia: incapacidade de realizar atos voluntários aprendidos;
  - Agnosia: incapacidade de reconhecer objetos familiares/ rostos, pela visão, pelo som ou pelo tato;
  - Anosagnosia: incapacidade de reconhecer, ou negação de um déficit físico;
  - Défices em: dizer as horas, calcular distâncias, distinção direita-esquerda, memória de locais, objetos...



## Apêndice 12 - Poster Científico “Femicídio Em Portugal”



### FEMICÍDIO EM PORTUGAL

Cátia Quintas<sup>1,2</sup>, Diana Grisante<sup>1,3</sup>, Vítor Pires<sup>1,4</sup>, Jorge Marques<sup>5</sup>, Mariana Pereira<sup>6</sup>



#### INTRODUÇÃO

A finalidade do nosso trabalho é conhecer a problemática do Femicídio em Portugal.

Definimos como objetivos específicos: apresentar os dados estatísticos associados ao feticídio; caracterizar o feticídio em Portugal; refletir sobre o papel do profissional de saúde, do enfermeiro especialista em particular, perante esta problemática de saúde pública.

Feticídio foi o termo utilizado pela primeira vez por Diana Russell para designar “a morte das mulheres, pelo simples fato de serem mulheres”. Trata-se de violência de gênero na sua forma mais dramática e fatal, constituindo um verdadeiro atentado aos direitos humanos, responsável por danos pessoais, sociais, económicos e familiares.

Em Portugal, as estatísticas referem a mulher como vítima preferencial e o agressor como parceiro íntimo de relações atuais ou anteriores.

#### Materiais e Métodos

A pesquisa efetiva para a realização deste trabalho foi baseada em publicações científicas existentes na base de dados EBSCO, e documentação oficial consultada nos sites da APAV, OMA e UMAR.

As palavras chave utilizadas na pesquisa foram: Feticídio; Violência doméstica; Crime.



#### Resultados e Discussão

Em 2018, a OMA registou 28 feticídios consumados. Dois anos antes em 2016 registaram-se 22 vítimas mortais, das 53 tentativas de feticídio.

No ano 2017, 20 vítimas consumadas, e os dados mais recentes 11 vítimas de feticídio nos primeiros dois meses de 2019.

As estatísticas, referentes a 2018, mencionam que 68% das vítimas de feticídio mantinham uma relação de intimidade com o feticidatário.

A faixa etária predominante nas mulheres assassinadas, apresentam entre 36 e 50 anos (39%). No que ao feticidatário diz respeito, a maioria encontra-se entre os 36 e os 50 anos (32%).

Relativamente à arma do crime, 39% foram praticados com arma branca (surge como novidade nas estatísticas de 2018).

Os números não deixam dúvidas, a maioria dos casos de feticídio ocorre em cenários de violência doméstica prévia (47%). Em 21% dos casos de feticídio, havia um processo crime anterior, embora não haja relatos de muitos casos.

Antes do ato de feticídio é identificada a existência de um contexto violento prévio, um contínuo de violência que, em muitas das situações era do conhecimento de terceiros (vizinhos (as), amigos (as), familiares).

O assassinato e atentado à vida destas mulheres ocorreram, na sua esmagadora maioria, em contextos de violência doméstica, em grande parte de conhecimento geral, sem que isso tenha sido potenciador ou suficiente para evitar os crimes contra elas praticados.

Dificilmente se conseguia reduzir as taxas de feticídio enquanto mantivermos a reprodução das causas estruturais de desigualdade entre homens e mulheres, as quais legitimam a discriminação de gênero, geradora de violência.

#### Referências Bibliográficas:

APAV. Estatísticas APAV - Vítimas de Violência Doméstica (2013-2017). Acedido no dia 10 de Abril de 2019 em: [https://www.apav.pt/apav\\_v3/index.php/pt/1878-estatisticas-apav-vitimas-de-violencia-domestica-2013-2017](https://www.apav.pt/apav_v3/index.php/pt/1878-estatisticas-apav-vitimas-de-violencia-domestica-2013-2017)

Jornal SOL. Feticídio “em Portugal o perigo está dentro da família”. Publicação de 16 de julho de 2017. Acedido no dia 6 de Abril de 2019 em: <https://sol.sapo.pt/artigo/572453/feticidio-em-portugal-o-perigo-esta-dentro-da-familia>

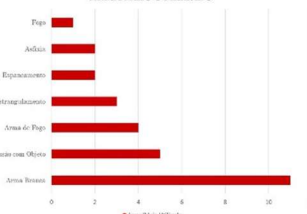
UMAR (União de Mulheres Alternativa e Resposta). Acedido no dia 13 de Abril de 2019 em: [http://www.umarfeminismos.org/images/stories/noticias/OMA\\_FEMICIDIO\\_Relatório\\_2018\\_em\\_18\\_02\\_2019.pdf](http://www.umarfeminismos.org/images/stories/noticias/OMA_FEMICIDIO_Relatório_2018_em_18_02_2019.pdf)

Marques, E.; Martins, E.; Rato, M. (2017). “Violência familiar: conceitos, impacto e intervenção dos profissionais de saúde”. Revista Egíptia de Saúde n.º 21, ano 11: jun. - dez. 2017. ISSN: 1646-8848. Instituto Politécnico da Guarda.

#### OMA registou um total de 503 Feticídios entre 2004 e 2018



#### ARMA/MEIO UTILIZADO



Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV)  
707 200 077

#### Conclusões

A maioria das situações ocorrem nas suas próprias casas. Atualmente, a violência doméstica, onde se inclui o Feticídio, adquiriu o estatuto legal de crime público.

Em Portugal, a violência doméstica é já considerada crime público, dependendo sempre da queixa apresentada pela vítima, o que muitas vezes não acontece por medo e/ou coação. No entanto, uma denúncia é o suficiente para que seja instaurado um processo crime pelo Ministério Público. Existem várias estruturas, em Portugal, específicas de apoio à vítima, com objetivo de encaminhar e proteger as vítimas de violência doméstica.

Os profissionais de saúde, têm um papel fundamental a nível da prevenção primária, como alterar comportamentos e atitudes de forma a por fim à legitimação da violência, como desnaturalizar a violência e educar para a igualdade de gênero.

1- Enfermeira/o da ULSNA, EPF, mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, do Mestrado em Enfermagem 2018/2019 Portalegre, Portugal.; 2. Correio eletrónico: [catalbastos@hotmail.com](mailto:catalbastos@hotmail.com); 3. Correio eletrónico: [grisantediana@hotmail.com](mailto:grisantediana@hotmail.com); 4. Correio eletrónico: [vitorpires@gmail.com](mailto:vitorpires@gmail.com); 5. Professor na ESS do IP Portalegre, Portalegre, Portugal, Correio eletrónico: [jmcml@gmail.com](mailto:jmcml@gmail.com); 6. Professora Adjunta na ESS do IP Setúbal, Setúbal, Portugal, Correio eletrónico: [mariana.pereira@ess.ips.pt](mailto:mariana.pereira@ess.ips.pt)



## Apêndice 13 - Cartaz informativo “Femicídio em Portugal”

**FEMICÍDIO EM PORTUGAL**

Cátia Quintas<sup>1</sup>, Diana Grisante<sup>1</sup>, Vítor Pires<sup>1</sup>

**Feticídio** significa: "a morte das mulheres, pelo simples fato de serem mulheres" (Diana Russell). Trata-se de violência de género na sua forma mais dramática e fatal, constituindo um verdadeiro atentado aos direitos humanos, responsável por danos pessoais, sociais, económicos e familiares.

Se é amigo ou familiar de uma vítima de violência doméstica ou se presenciou um crime desta natureza: Lembre-se que a violência Doméstica é um crime público, o que significa que qualquer pessoa que tenha conhecimento do crime o pode denunciar, não estando a instauração do processo dependente de queixa por parte da vítima.

**Apresente queixa:** Dirija-se a uma esquadra da Polícia de Segurança Pública (PSP), posto da Guarda Nacional Republicana (GNR), piquete da Polícia Judiciária (PJ) ou diretamente junto dos Serviços do Ministério Público para apresentar queixa criminal e exigir um documento comprovativo da queixa ou denúncia efetuada.

Pode também optar por apresentar queixa por via eletrónica, através do Ministério da Administração Interna: <https://queixaselectronicas.mai.gov.pt/sqe.aspx?l=PT#>

**Equipa de Prevenção de violência em adultos –EPVA**

Hospital [REDACTED]

1 Psicóloga, 2 Médicos, 1 Enfermeira, 1 Assistente Social

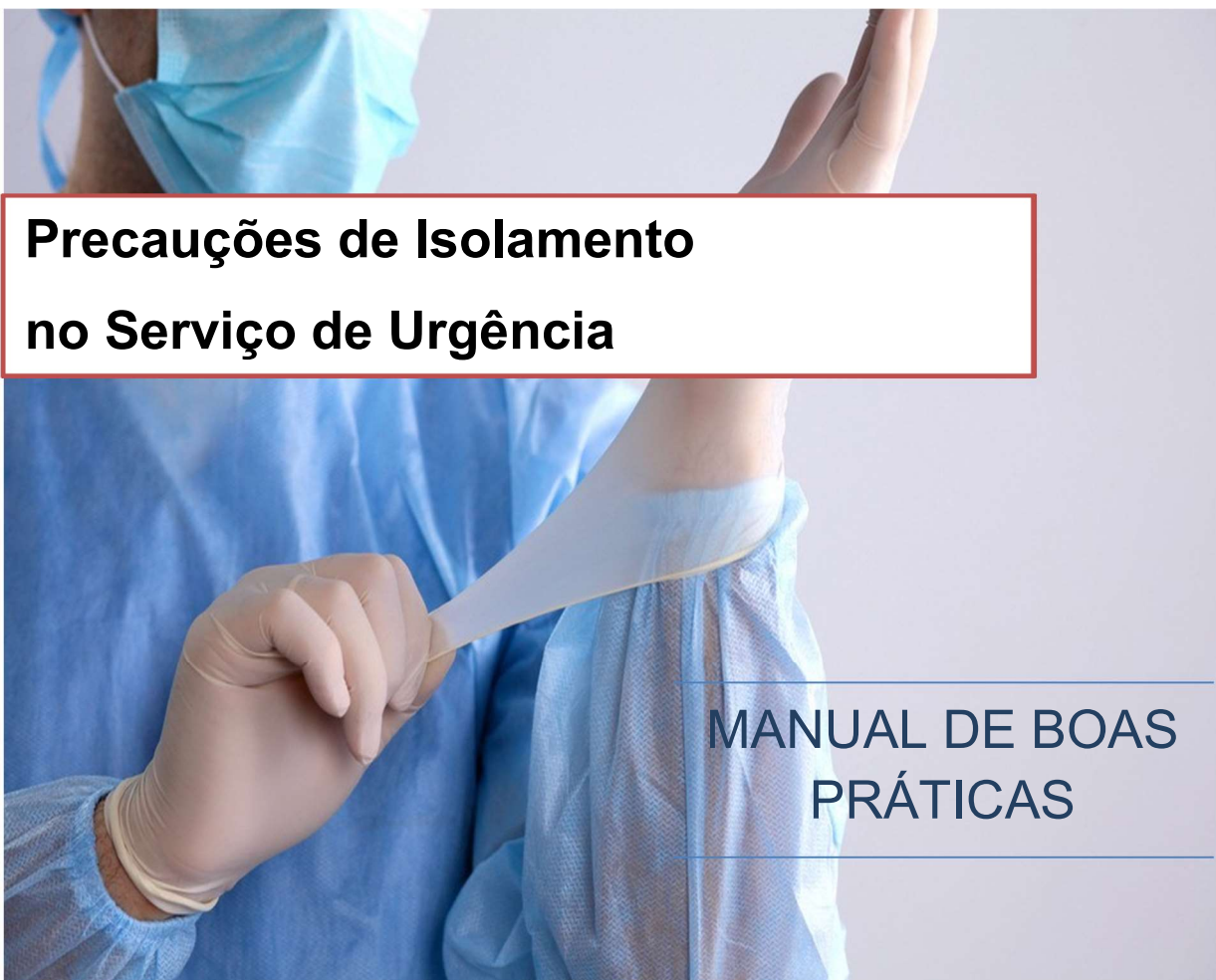
1- Enfermeira/o da [REDACTED] mestranda/o em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, do Mestrado em Enfermagem 2019/2020 Portalegre, Portugal.

**23 mulheres mortas em 2019**

Serviços de apoio disponíveis:

- Linha Nacional de Emergência Social - 144
- Serviço de Informação às vítimas de violência doméstica – 800 202 148
- APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima – 707 20 00 77 ([www.apav.pt](http://www.apav.pt))
- UMAR – União Mulheres Alternativa e Resposta - 22 202 50 48 (Porto)
- AMCV – Associação Mulheres contra a Violência – 21 380 21 65

Apêndice 14 - Manual de Boas Práticas



## **Precauções de Isolamento no Serviço de Urgência**

MANUAL DE BOAS  
PRÁTICAS

Serviço de Urgência do [REDACTED]

Da autoria de: Cátia Quintas (mestranda do 3º

Mestrado em Enfermagem – Médico-Cirúrgica: A Pessoa em  
situação crítica)

Sandra Pita (Enfª Especialista em Enfermagem

Médico-Cirúrgica: A Pessoa em situação crítica)



**POLITÉCNICO  
DE PORTALEGRE**

Escola Superior  
de Saúde





“Existem duas formas de viver: acomodar ou ousar.

Quando lutamos por ideias nas quais acreditamos,

nasce daí um sentimento de dignidade

de ser alguém que faz a diferença”

(Roberto Shinyashiki)

Siglas e abreviaturas

CDC: Centers for Disease Control and Prevention

PBCI: Precauções Básicas de Controlo de Infecção

EPI: Equipamento de Proteção Individual

MMOMR: Microrganismo resistente a uma ou mais classes de antibióticos a que deveria ser sensível.

SABA: Solução Antisséptica de Base Alcoólica

PBVT: Precauções dependentes das vias de transmissão

OMS: Organização Mundial de Saúde

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	150
1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	151
1.1 HISTÓRIA E EVOLUÇÃO DAS PRÁTICAS DE PRECAUÇÃO DE ISOLAMENTO.....	151
2. ISOLAMENTO DE DOENTES.....	153
3. PRECAUÇÕES BÁSICAS OU PADRÃO .....	154
3.1 ABORDAGEM GLOBAL DAS PRECAUÇÕES BÁSICAS (PBCI) .....	155
4. PRECAUÇÕES DEPENDENTES DAS VIAS DE TRANSMISSÃO .....	159
4.1 FORMA DE TRANSMISSÃO DE MICROORGANISMOS CAUSADORES DE INFECÇÃO.....	160
4.2 PROCEDIMENTOS GERAIS NA PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO DE MOMR .....	160
4.3 PRECAUÇÕES DE TRANSMISSÃO POR VIA DE CONTATO.....	160
4.4 PRECAUÇÕES DE TRANSMISSÃO POR VIA DE GOTÍCULAS.....	162
4.5 PRECAUÇÕES DE TRANSMISSÃO POR VIA AÉREA.....	164
4.5.1 Medidas de isolamento para evitar a transmissão por Via Aérea em situações específicas	166
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS – RESUMO .....	167
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	167
7. ANEXOS.....	169
Anexo 1: Colocação de Equipamento de Proteção Individual.....	169
Anexo 2: Remoção de Equipamento de Proteção Individual .....	169

8. APENDICES .....	171
Apêndice 1: Precauções de Isolamento por agentes infecciosos (mais frequentes) .....	171
Apêndice 2 Resumo dos tipos de isolamento .....	172
Apêndice 3: Placa de Sinalização de Precauções de Isolamento de Contato .....	173
Apêndice 4: Placa de Sinalização de Precauções de Isolamento de Gotículas .....	174
Apêndice 5: Placa de Sinalização de Precauções de Isolamento de Via Aérea .....	174
Apêndice 6: Placa de Sinalização de Precauções de Isolamento de Proteção .....	174
Apêndice 7: Placa de Precauções Padrão .....	175

## INTRODUÇÃO

As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) são infeções adquiridas pelo doente em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode também afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade (DGS, 2007).

O conceito de IACS é um conceito abrangente uma vez que se refere a todas as unidades prestadoras de cuidados de saúde, assim a DGS defende que é importante assegurar a comunicação e a articulação entre as diversas unidades de saúde, para a identificação destas infeções a fim de reduzir o risco de infeção cruzada.

A OMS considera que as IACS constituem um dos maiores problemas no que à segurança do doente diz respeito. A sua magnitude acarreta consequências quer a nível individual quer a nível da comunidade (DGS, 2016).

Para Almeida et al (2015), as IACS podem ser consideradas um indicador dos cuidados prestados, e estando estreitamente relacionado com a segurança do doente, podem constituir um evento adverso e indesejável.

As PBCI (precauções básicas no controlo da infeção) são reconhecidas como estratégias preventivas. Reconhece-se que o seu uso pelos profissionais de saúde poderá ter um impacto positivo na redução da prevalência de IACS. Partindo do pressuposto que cada utente está potencialmente colonizado ou infetado, surge a necessidade de isolar doentes. Torna-se importante a implementação de protocolos de rastreio no momento da admissão do doente, estes deverão incluir a implementação de medidas de isolamento e o adequado cumprimento das precauções básicas de controlo de infeção. O isolamento deverá ser realizado dependendo das vias de transmissão (via aérea, gotículas, contato), de forma a promoverem a segurança nos cuidados prestados. Os protocolos têm como objetivo orientar a prática profissional tendo em conta a cadeia epidemiológica da infeção, a via de transmissão e a patologia (DGS, 2007).

Para Elder et al. (2016), o serviço de urgência assume um papel muito importante na identificação, na triagem e na implementação de medidas preventivas no que às IACS diz respeito. Os autores supracitados defendem o desenvolvimento de protocolos de atuação com vista à uniformização dos cuidados prestados. No contexto, tão específico que é o serviço de urgência, os isolamentos dos doentes baseados nas precauções das vias de transmissão devem ser iniciados de forma empírica, partindo dos sintomas clínicos e da provável etiologia dos microrganismos. O seu cumprimento, adequado ou inadequado terá repercussões importantes ao nível da saúde pública, quer ao nível da segurança do doente, mas também da segurança do profissional.



Atualmente, e de acordo com a DGS, a formação e treino dos enfermeiros na área de prevenção e controlo de infeção deve ser incentivada pelas unidades prestadoras de cuidados e deve ser promovida junto destes. É necessário desenvolver, continuamente, planos de formação com base nas necessidades reais identificadas e que conduzam quer à uniformização de procedimentos quer à promoção de boas práticas.

As principais medidas de prevenção e controlo assentam por um lado, no cumprimento das boas práticas relacionadas com as precauções básicas (higiene das mãos, uso adequado de equipamentos de proteção individual, controlo ambiental) e isolamento e, por outro, no uso racional de antimicrobianos (Pina et al, 2010).

O Manual de Boas Práticas “Precauções de Isolamento no Serviço de Urgência”, surge com o intuito de reunir as últimas atualizações relacionadas com as precauções de isolamento. Recomenda-se que o manual em local acessível a todos os funcionários de forma a ser facilmente consultável.

Temos por isso como objetivo geral:

Apresentação do Manual de Boas Práticas “Precauções de Isolamento no Serviço de Urgência”

Como objetivos específicos temos:

- Promover boas práticas de enfermagem relativamente às precauções de isolamento;
- Uniformizar procedimentos no âmbito das precauções de isolamento;
- Orientar os profissionais de saúde na prestação segura dos cuidados;

## 1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 1.1 HISTORIA E EVOLUÇÃO DAS PRÁTICAS DE PRECAUÇÃO DE ISOLAMENTO

A aplicação de medidas de isolamento tem as suas raízes na antiguidade.

Os relatos sobre o início das práticas de isolamento pela enfermagem são muito escassos. No entanto, é Florence Nightingale, em 1863, quem estabeleceu as primeiras recomendações relacionadas ao cuidado do doente, dando relevante importância à necessidade de limpeza do ambiente hospitalar. Face aos conhecimentos produzidos até então, Nightingale defende que a transmissão de doenças se dava através de substâncias corpóreas e por isso deveria dar-se importância acrescida para o ambiente hospitalar, como cuidados relacionados com o ar puro, luz, calor, limpeza, enfatizando a importância acrescida de separar doentes infetados de doentes não infetados (Nichiata et al, 2003).

É com as experiências de Pasteur e Koch, entre 1877 e 1897, que se estabelece uma causa microbiológica da doença. Foi a partir daqui que se formularam teorias e novas intervenções sobre questões relacionadas com o controlo das doenças infecciosas. Destas experiências resultaram conceitos ainda hoje consagrados, tais como infecciosidade, virulência e patogenicidade relativamente ao microrganismo produtor da infeção/doença. Ficaram definidas ainda, as propriedades do hospedeiro, com conceito de suscetibilidade e resistência. E mais importante, foi o estabelecimento da explicação dos modos de transmissão, isto é, das vias e das condições pelas quais os microrganismos penetravam e infetavam o organismo.

As primeiras recomendações publicadas sobre isolamento de doentes surgem nos EUA em 1877, onde se preconizou o internamento de doentes com doenças infecciosas em quartos separados. Surgem nesta altura os denominados hospitais de doenças infecciosas.

Com a viragem do século, o aumento das necessidades de maior número de camas destinadas a doentes com doenças transmissíveis, é criado o “sistema de compartimento de isolamento, que possibilitou aos hospitais a abertura de camas e enfermarias para tratamento de doenças transmissíveis, antes destinadas apenas aos hospitais de isolamento. As medidas diziam respeito ao uso de equipamentos e matérias separados para cada doente, tais como roupas próprias para a realização de procedimentos pelos profissionais e recomendações quanto à higienização das mãos após o contato com os doentes bem como a desinfecção dos equipamentos infetados (Nichiata et al, 2003).

Outros marcos históricos surgiram nos anos seguintes, a destacar:

- 1970: publicação do “Guidelines for Isolation Precautions in Hospitals”, pelo CDC. Tinha como objetivo fornecer orientações aos hospitais gerais sobre a utilização das precauções de isolamento de doentes com infeções e doenças transmissíveis;

- 1975: foi feita uma revisão do manual do “Guidelines for Isolation Precautions in Hospitals”, onde se recomenda uma classificação de sete categorias de isolamento (isolamento rigoroso/restrito, respiratório, contato, da tuberculose, precauções entéricas, precauções com secreções drenadas e com sangue e fluidos corpóreos), consoante as vias de transmissão das doenças. E preconizava-se como equipamento de proteção individual o uso de luvas, avental e máscaras, a depender do tipo de categoria de isolamento.

- 1981 a 1983: o CDC faz nova revisão das normas de isolamento e precauções. A comissão de controlo de infeção definia se o isolamento era realizado por categoria ou por doença específica. O profissional de saúde responsável pelo isolamento do doente decidia acerca das precauções individuais a serem tomadas (de acordo com a idade do doente, nível de consciência, etc.) e estipulava a necessidade no uso de equipamento de proteção individual, como aventais, máscaras e luvas, baseado no tipo de exposição.

- 1985: o CDC faz nova revisão sobre as orientações sobre isolamento eliminando a categoria de precaução com sangue e secreções, substituindo-a pela Precauções Universais.

Os conceitos de Precauções Universais adquirem maior ênfase também pelo crescimento da epidemia do HIV. O objetivo era reduzir o risco de transmissão de agentes infecciosos, principalmente veiculados pelo sangue aos profissionais de saúde. Uma forma de simplificar este modelo, era propor o uso dos Equipamentos de Proteção Individual, de acordo com as categorias de isolamentos classificadas em classes numéricas: 1) uso obrigatório de luvas; 2) uso obrigatório de luvas e avental; 3) uso obrigatório de luvas, avental e máscara; 4) uso obrigatório de máscara.

Nesta fase e decorrente das recentes atualizações, preconizava-se o uso de placas sinalizadoras que eram colocadas nas portas dos quartos ou nos leitos.

- 1987: o CDC propõe uma nova categoria de isolamento – Isolamento de Substâncias Corpóreas – onde ampliaram as recomendações denominadas de precauções universais, incluindo qualquer substância corpórea húmida de todos os utilizadores dos serviços de saúde, sem considerar o seu estado de infeção (conhecido). Assim, passaram a ser potencialmente infetantes o sangue, as fezes, a urina, as secreções, a saliva, o conteúdo de drenagem de feridas e outros fluidos corpóreos.

- 1996: Novo Guia de Isolamento do CDC. Este guia tem como grande objetivo prevenir a ocorrência de infeções intra-hospitalares, hoje mais conhecidas como infeções nosocomiais.

Neste guia surge o conceito de Precauções Padrão que são indicadas para reduzir os riscos de transmissão de microrganismos no meio intra-hospitalar. Estas precauções padrão agregam as precauções universais e o isolamento para

substâncias corpóreas, ampliando-as. As Precauções Padrão aplicam-se a todas as situações em que haja possibilidade de exposição a todos os fluidos corporais, secreções e excreções, quer contenham sangue ou não, à pele com soluções de continuidade e às membranas mucosas. Nestas situações propõem-se o uso de luvas, máscara, avental e óculos como barreiras para evitar a contaminação.

Para além das Precauções Padrão, surgem também as precauções baseadas nas vias de transmissão: precauções aéreas, precauções por gotículas e precauções por contato. Podem ser usadas de forma isolada ou combinadas, pressupondo sempre o uso simultâneo das precauções padrão.

## 2. ISOLAMENTO DE DOENTES

Entende-se por isolamento o estabelecimento de barreiras físicas de forma a reduzir a transmissão de microrganismos de um indivíduo para outro.

Existem dois tipos de isolamento:

- a) Isolamento de protetor: implementado quando se pretende proteger um indivíduo imunodeprimido das infeções;
- b) Isolamento de contenção: implementa-se quando se pretende prevenir a transmissão de agentes infecciosos de um indivíduo para os outros.

### Categorias de Isolamento de Contenção

#### Isolamento de Contato

Quando a transmissão das infeções se faz por contato direto ou indireto.

- Direto: quando a transmissão do microrganismo se dá de um doente para outro, através do contato direto da pele (herpes zóster, herpes simples, diarreia infecciosa em doentes incontinentes...);

- Indireto: quando a transmissão ocorre pelo contato da pele e mucosas com superfícies ambientais, equipamentos de cuidados aos doentes contaminados por microrganismos (ex.: enterecoco resistente à vancomicina)

#### Isolamento por Gotículas

Quando a transmissão se faz através de gotículas respiratórias expelidas a curta distância (<1metro) pela tosse, espirro, fala e procedimentos como aspiração de secreções e broncoscopias. As gotículas não permanecem no ar.

Exemplo: Haemophilus influenza tipo b, Influenza, Mycoplasma pneumoniae, Neisseria meningitidis

#### Isolamento de Via Aérea

Quando a transmissão se faz por pequenas partículas (igual ou inferior a 5µm) que permanecem suspensas no ar durante longos períodos e podem ser disseminadas à distância através de correntes de ar.

Exemplo: tuberculose, sarampo, varicela

#### Categorias de Isolamentos

Um microrganismo pode ter mais do que uma via de transmissão, requerendo, por isso, mais do que um tipo de isolamento

### 3. PRECAUÇÕES BÁSICAS OU PADRÃO

As Precauções Básicas de Controlo de Infecção (PBCI) partem do princípio de que todo o doente pode constituir um risco de transmissão de microrganismos e destinam-se a prevenir a transmissão cruzada proveniente de possíveis fontes de infeção. Estas potenciais fontes de infeção incluem:

- sangue e outros fluidos orgânicos (exceto suor);
- pele não intata;
- mucosas;
- qualquer material e/ou equipamento do ambiente de prestação de cuidados passível de sofrer contaminação.

As precauções básicas ou padrão, inicialmente chamadas de Universais, constituem a estratégia de primeira linha para o controlo das infeções associadas à prestação de cuidados de saúde. Trata-se de um conjunto de medidas que devem ser cumpridas de forma sistemática por todos os profissionais que prestam cuidados de saúde, a todos os doentes, independentemente de ser conhecido ou não o seu status infeccioso.

As Precauções Básicas são compostas por 10 itens:

1. Colocação de Doentes
2. Higiene das Mãos
3. Etiqueta Respiratória
4. Utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI)
5. Práticas seguras na preparação e administração de injetáveis
6. Descontaminação de equipamento clínico
7. Controlo Ambiental
8. Manuseamento de roupa suja
9. Recolha segura de resíduos
10. Exposição a agentes microbianos no local de trabalho

É da responsabilidade dos responsáveis máximos da instituição, garantir a existência de sistemas e recursos para facilitar a implementação e monitorização do cumprimento das PBCI (precauções básicas do controlo de infeção) por todos aqueles que prestam cuidados de saúde.

É necessário assegurar que:

- todos os profissionais de saúde devem receber formação e treino sobre todos os componentes das PBCI, ter acesso às normas existentes e que estão disponíveis todos os recursos para as implementar, monitorizar e tomar as medidas corretoras que assegurem o cumprimento das PBCI;



- é efetuada uma avaliação e controlo de risco relativos aos procedimentos com risco acrescido de exposição a agentes transmissíveis pelo sangue e fluidos orgânicos;
- sejam incluídos nos objetivos de desenvolvimento profissional e individual a prevenção e controlo de infeção;
- todos os profissionais de saúde conhecem os princípios subjacentes às PBCI e as aplicam;
- todos os profissionais reportem ao superior hierárquico as falhas de stock, as deficiências detetadas no equipamento de proteção individual ou outras situações que possam dificultar ou pôr em causa o cumprimento das PBCI.

### **Precauções Básicas**

- 1. Usar luvas quando se manipulam fluidos orgânicos ou material contaminado e ao tocar em mucosas e pele não integra.**
- 2. Lavar as mãos:**
  - antes e depois do contato com os doentes;
  - após o contato com fluidos orgânicos ou materiais contaminados;
  - após retirar as luvas.
- 3. Usar máscara e óculos de proteção nos procedimentos que possam causar salpicos ou pulverizações de fluidos orgânicos.**
- 4. Mudar imediatamente uma bata suja.**  
**Usar avental quando se prevê contaminação com fluidos orgânicos.**
- 5. Remover os derramamentos de fluidos orgânicos o mais rapidamente possível e limpar a superfície com água e detergente. Em caso de derramamento de sangue, usar preferencialmente, grânulos de dicloroisocianurato de sódio (NADCC).**

### **3.1 ABORDAGEM GLOBAL DAS PRECAUÇÕES BÁSICAS (PBCI)**

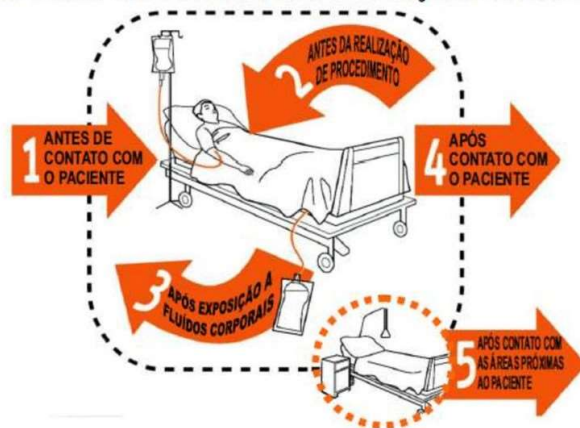
#### **1. Colocação de Doentes**

Qualquer doente que constitui um risco acrescido de transmissão cruzada, por exemplo um doente com diarreia de causa desconhecida, devem ser colocados num local que minimize esse risco, como por exemplo: quarto individual. Devem evitar-se as deslocações desnecessárias desse doente quer entre enfermarias quer entre serviços.

## 2. Higiene das Mãos

A Higienização das mãos é considerada a medida mais importante para a redução da transmissão de genes infecciosos entre os doentes, durante a prestação de cuidados.

### OS 5 MOMENTOS PARA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS



A Higiene das mãos é a medida mais simples e eficaz para prevenir a transmissão de microrganismos entre doentes e profissionais.

A higienização das mãos é uma medida que deve ser adotada não só pelos profissionais de saúde, mas também por todos as pessoas que frequentam o hospital e que inclui os próprios doentes e as visitas. Estas devem ser alertadas para não contactarem fisicamente com outros doentes ou com as suas unidades e a proceder à higienização das mãos antes e após o contato com o doente que visitam ou a sua unidade.

## 3. Etiqueta Respiratória

É composta por um conjunto de medidas individuais a cumprir por doentes, visitantes, profissionais de saúde, voluntários e comunidade em geral. Destina-se a conter as secreções respiratórias de forma a minimizar a transmissão de agentes infecciosos quer por via aérea quer por gotículas.

**Pare de espalhar micróbios que provocam doenças!**

**proteja os outros da TOSSE.**



Quando espirrar e tossir cubra a sua boca e nariz com um lenço



Deite o lenço usado no lixo



Tussa e espirre cobrindo a boca e nariz com o braço em vez da mão



**LAVE AS SUAS MÃOS DEPOIS DE TOSSIR E ESPIRRAR**



Lave as mãos com sabão e água morna durante 20 segundos ou Limpe-as com solução alcoólica apropriada

## 4. Utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI)



- Luvas

-

- Proteção ocular/facial (máscara com viseira ou óculos)

- Máscara Cirúrgica

- Touca (cobertura do cabelo)

Aventais/batas de manga comprida

O uso adequado de EPI's, tem como objetivo proteger não só o profissional de saúde, mas também o doente, do contato com agentes transmissíveis sendo da responsabilidade de cada profissional escolher e adequar o mesmo em cada situação.

A seleção do EPI deve ser baseada numa avaliação do risco de transmissão do microrganismo (do e para o doente) e o risco de contaminação da pele, mucosas ou da roupa do profissional de saúde, com fluidos orgânicos.

O EPI deve proporcionar proteção adequada aos profissionais de saúde e:

- estar disponível junto ao local de utilização;

- ser de uso único, salvo alguma recomendação do fabricante;

- deve ser colocado e removido sempre de forma segura, de modo a não constituir ele próprio um meio de contaminação.

A remoção deve ser feita imediatamente após o procedimento, de forma correta e eliminado diretamente para o contentor próprio;

- não deve ser transportado para outras áreas, como zonas de circulação;

- se houver sinal de deterioração o EPI deve ser imediatamente substituído;

- após a remoção de qualquer EPI, deve proceder-se à higienização das mãos;

- os stocks devem ser armazenados em estantes adequadas (afastadas do chão cerca de 30 cm e em armário fechado), numa área de armazenamento própria, para garantir que não ficam contaminados antes de serem utilizados.

**Nota:** Não é necessário o uso de EPI's pelas visitas (exceto a máscara se se apresentar sintomas respiratórios).

As visitas devem ser incentivadas a procurar os profissionais de saúde sempre que tenham dúvidas relacionadas com a situação clínica de quem visitam.

#### 5. Práticas seguras na preparação e administração de injetáveis

- Usar técnica asséptica para evitar a contaminação do material de injeção estéril;

- Não administrar medicamentos a múltiplos doentes com a mesma seringa, mesmo que a agulha ou cânula tenham sido mudadas;

- Sempre que possível usar embalagens de dose única, para medicamentos injetáveis;

- Se for necessário usar embalagens de doses múltiplas, tanto a agulha/cânula, como a seringa e/ou sistema e prolongamentos usados para aceder à embalagem, devem estar estéreis.





Deve haver protocolos para as práticas seguras na preparação e administração de injetáveis.

#### 6. Descontaminação de equipamento clínico

O equipamento clínico utilizado nos doentes pode ficar contaminados com fluidos orgânicos e agentes infecciosos, e de uma forma direta contribuir para a infeção cruzada, através das mãos dos profissionais de saúde que os podem veicular entre doentes, durante os procedimentos. Este equipamento também pode, e constitui a maior parte das vezes uma fonte de infeção se forem inadequadamente descontaminados.

Devem ser consultadas as recomendações dos fabricantes dos diferentes equipamentos e assim escolher e protocolar a melhor forma de descontaminação dos mesmos.

A descontaminação do equipamento reutilizável deve ser feita após a contaminação com sangue e fluidos orgânicos, após cada utilização e a intervalos regulares predefinidos, como parte de procedimentos de limpeza, antes de inspeção, manutenção e reparação.

O equipamento clínico é classificado como

- a) Uso único;
- b) Uso num único doente (podendo ser reutilizado no mesmo doente);
- c) Reutilizável: destina-se a ser usado mais do que uma vez e/ou mais do que um doente, devendo por isso ser descontaminado obrigatoriamente entre doentes e entre utilizações no mesmo doente. ~

#### 7. Controlo Ambiental

As áreas partilhadas por diferentes doentes (quartos, enfermarias, salas de tratamento ou exames) podem ficar contaminadas com substâncias orgânicas durante a prestação de cuidados.

Para evitar que as áreas de prestação de cuidados funcionem como reservatórios para a transmissão de microrganismos devem estar definidas um conjunto de práticas seguras:

- a) Em todos os serviços deve ser obrigatória a existência de protocolos de limpeza e manutenção do ambiente que devem ser do conhecimento dos profissionais;
- b) O ambiente de prestação de cuidados deve estar livre de objetos e equipamentos desnecessários de forma a facilitar a limpeza;
- c) As superfícies ambientais devem encontrar-se limpas e secas em bom estado de conservação;
- d) A descontaminação deve ser efetuada por rotina uma ou mais vezes ao dia (de acordo com o protocolo do serviço) e sempre que as superfícies estejam visivelmente sujas ou imediatamente após ocorrer contaminação com fluidos orgânicos;
- e) O derrame de sangue e fluidos orgânicos é considerado um evento perigoso pelo que deve ser removido de forma imediata e de forma segura;
- f) Sempre que o doente é transferido ou tem alta deve ser feita a descontaminação da unidade que ocupava;
- g) A descontaminação do ambiente deve ser monitorizada e registada por exemplo, através de uma check list assinada.



#### 8. Manuseamento seguro da roupa

- Roupa Limpa: deve ser acondicionada numa área reservada para o efeito, de preferência em armário fechado. Antes da sua utilização, a roupa limpa deve ser manipulada o mínimo possível e com as mãos limpas. Sendo para isso recomendada a colocação de uma Solução Antisséptica de Base Alcoólica (SABA) junto ao local de acondicionamento.

- Roupa suja: embora a roupa suja possa conter um grande número de microrganismos, os casos descritos de infeções transmitidas através da roupa são em número reduzido e estão geralmente relacionados com más práticas.

Por isso, toda a roupa suja deve:

- a) Ser considerada como contaminada e manuseada com cuidado de forma a não contaminar nem o ambiente nem o fardamento. O correto será o uso de avental por parte dos profissionais durante o manuseamento da roupa. Quando a roupa estiver suja com fluidos orgânicos deve usar-se luvas. As mãos devem ser sempre higienizadas após o manuseamento da roupa.
- b) Ser depositada de imediato após a sua remoção, em saco impermeável que deverá estar junto do local de utilização. Não deve ser colocada no chão ou numa outra superfície, tal como cadeiras, mesa de cabeceira). Os sacos não podem exceder os 2/3 da sua capacidade de forma a poderem ser corretamente fechados. Devem ser guardados em local apropriado, bem ventilado, ao abrigo do calor e inacessível a pessoas estranhas ao serviço.
- c) Não deve ser manipulada depois de colocada no saco;
- d) Ser processada na lavandaria, toda de igual modo;
- e) Ser recolhida dentro de um horário fixo de acordo com as necessidades do serviço

#### 9. Recolha segura de resíduos

É obrigatória a existência de protocolos para a recolha segura dos resíduos.

Os resíduos provenientes da prestação de cuidados devem ser imediatamente eliminados no local onde são produzidos, separando-os de acordo com os grupos a que pertencem.

Os contentores de resíduos não devem exceder os 2/3 da sua capacidade, de modo a facilitar o seu encerramento em segurança. Os contentores que se encontram junto ao local de produção devem permanecer fechados (sistema de fecho intermédio) enquanto estão em uso.

Os contentores reutilizáveis (com saco de forrar no seu interior) devem ser facilmente higienizáveis e mantidos limpos. Devem ainda permitir a sua abertura sem o uso das mãos.

#### 10. Exposição a agentes microbianos no local de trabalho

O risco de exposição a agentes microbianos transmissíveis pelo sangue e fluidos orgânicos é um dos riscos mais importantes a que os profissionais de saúde estão sujeitos.

É importante que haja protocolos para a gestão da exposição a agentes microbianos no local de trabalho e que todos os profissionais de saúde conheçam esses procedimentos de forma a segui-los corretamente em caso de necessidade.

Considera-se exposição significativa:

- a) Traumatismo percutâneo com cortantes ou perfurantes contaminados;
- b) Exposição de feridas ou outras lesões da pele e/ou
- c) Exposição de mucosas (incluindo ocular) a salpicos de sangue ou outros fluidos orgânicos de risco.

#### 4. PRECAUÇÕES DEPENDENTES DAS VIAS DE TRANSMISSÃO

As Precauções dependentes das vias de transmissão (PBVT), são medidas complementares às precauções básicas. São aplicáveis quando já existem dados sobre a situação infecciosa do doente e na suspeita e/ou confirmação de patologia infecciosa ou de MMOMR.

Estas precauções têm como objetivo orientar os profissionais na prestação segura de cuidados de acordo com a cadeia epidemiológica da infeção, as vias de transmissão e as patologias.

As PBVT complementam as PBCI, mas não as substituem. Todos os profissionais de saúde devem estar bem treinados relativamente ao seu conhecimento e seu cumprimento, bem como os doentes, familiares e visitantes. Os profissionais de saúde têm grande relevância em relação ao ensino das medidas de PBVT aos doentes e familiares.

#### **4.1 FORMA DE TRANSMISSÃO DE MICRORGANISMOS CAUSADORES DE INFEÇÃO**

Os microrganismos causadores de infeção podem ser adquiridos de várias formas:

- a) Contacto: é a via de transmissão mais comum. Esta pode ocorrer de dois modos: - contato direto: transmissão de pessoa a pessoa ou contato indireto: transmissão através de um intermediário (pessoa ou objeto).
- b) Gotículas: transmissão através de gotículas respiratórias grandes expelidas a curta distância (até 1 metro), pela tosse, fala, espirro e procedimentos tais como aspiração de secreções e broncofibroscopias. As partículas não ficam suspensas no ar, mas depositam-se nas superfícies.
- c) Via aérea: a transmissão é feita através de partículas respiratórias muito pequenas (igual ou inferior a 5µm) que se deslocam a longas distâncias através das correntes de ar.

#### **4.2 PROCEDIMENTOS GERAIS NA PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO DE MOMR**

Os procedimentos gerais na prevenção da transmissão de MOMR dizem respeito aos procedimentos gerais que devem ser adotados por todos os profissionais de saúde de forma a prevenir a transmissão desses microrganismos.

- Higienizar as mãos usando a técnica correta nos 5 momentos recomendado pela OMS;
- Adequar o isolamento e os procedimentos a efetuar;
- Selecionar o EPI;
- Cumprir as regras de colocação e remoção dos EPI (retirá-los imediatamente após os procedimentos e no local de isolamento do doente);
- Não passar com o EPI entre procedimentos sujos, limpos e assépticos no mesmo doente, nem de um doente para outro;
- Higienizar com a frequência recomendada as superfícies/equipamentos manuseados;
- Educar doentes, familiares e visitas para o cumprimento destas precauções;
- Durante o turno o doente infetado deve ser o último a ser tratado por uma única equipa de profissionais de saúde.

#### **4.3 PRECAUÇÕES DE TRANSMISSÃO POR VIA DE CONTATO**

O uso das precauções de contato está indicado em todos os doentes com suspeita ou confirmação de estarem infetados ou colonizados por microrganismos epidemiologicamente importantes, que possam ser transmitidos por contato direto com o doente (pele a pele, através das mãos dos profissionais de saúde) ou indiretamente, por contato das mãos com as superfícies ou utensílios do ambiente do doente, com os quais contactou.



**Higienização das mãos**



**Avental**



**Luvas**



**Quarto privativo**

#### Colocação do Doente

O doente com precauções e contato deve ser colocado num quarto individual, principalmente se o doente se encontra colonizado ou infetado por um microrganismo multirresistente.

Se não for possível um quarto privativo, deve colocar-se o doente numa enfermaria com outros doentes, cujo agente infeccioso seja o mesmo, mas sem outras infeções (isolamento de coorte).

Se, mesmo assim, não for possível colocar doente em quarto privativo ou em isolamento/agrupamento de coorte, deve ter-se em consideração a epidemiologia do agente infeccioso e a população dos doentes a definir a localização do doente. O doente, com precauções de isolamento de contato, deve ser colocado na enfermaria junto à janela. Em caso de dúvida, deve consultar-se sempre a equipa de Comissão e Controle de Infecção.

Não são necessárias medidas adicionais relativamente ao tratamento do ar nem ventilação. Os materiais clínicos e não clínicos devem ser individualizados (sempre que possível). Não sendo possível, por falta de recursos materiais, estes devem ser descontaminados corretamente entre doentes.

#### Higienização das mãos e uso de luvas

As luvas devem ser calçadas à entrada do quarto/área de isolamento e retiradas antes de sair do quarto. As mãos devem ser higienizadas imediatamente após retirar as luvas.

É fundamental assegurar-se que, depois de descalçar as luvas não se toca em nenhum objeto da superfície, potencialmente contaminada, do quarto/área de isolamento.

As luvas devem ser trocadas após contato com material contaminado que possa conter grandes concentrações de microrganismos (ex.: material fecal ou drenagem de feridas).

#### Uso de bata ou avental:

Deve utilizar-se avental/bata limpa quando haja previsão de contato próximo com o doente, com as superfícies do meio ambiente ou com objetos utilizados pelo doente, ou ainda, se o doente se encontrar incontinente, com diarreia, com ileostomia, colostomia ou se houver uma drenagem de ferida não protegida.

Deve ser colocada antes de entrar no quarto e removida antes de sair do mesmo. É importante ter cuidado redobrado após a remoção do avental/bata, de forma a que a roupa não entre em contato com as superfícies potencialmente contaminadas para se evitar a transferência de microrganismos para outros doentes ou outros ambientes.

#### Resíduos

Os resíduos devem ser colocados em saco branco (Resíduos Grupo III), junto ao doente – contenção na fonte – e o material corto perfurante em contentor apropriado.

#### Dispositivos médicos

Os materiais devem ser individualizados (arrastadeira/urinol, termómetro, bacia da higiene, estetoscópio, esfigmomanómetro).

Se tal não for possível, deve proceder-se à lavagem do mesmo com água e sabão e posteriormente desinfecção com álcool a 70%, antes da utilização em outro doente.

#### Limpeza diária

A limpeza diária deve ser efetuada com água e detergente, sendo este o último quarto/enfermaria a ser limpo.

#### Limpeza final

Deve ser efetuada limpeza do quarto de isolamento com água e detergente e em seguida descontaminar com cloro (dando especial atenção aos manípulos das portas e janelas). As paredes devem ser descontaminadas até 2/3 da altura (mais ou menos à altura a que chega o braço esticado de quem limpa).

#### Transporte do Doente

O transporte do doente deve ser limitado ao estritamente necessário. No caso de o doente ter que sair do quarto/enfermaria devem ser asseguradas as medidas de proteção de forma a minimizar o risco de transmissão de microrganismos a outros doentes ou ao ambiente circundante. O doente deve vestir uma bata e máscara cirúrgica.

Deve informar-se os intervenientes no transporte e do local de destino sobre as precauções a adotar na prestação de cuidados. Sempre que possível, estes doentes devem ser os últimos a realizar o exame.

#### Educação do Doente/Família

A educação do doente e família baseia-se, essencialmente, na sensibilização dos mesmos ao uso das medidas de precaução e à sua responsabilidade à adesão. O ensino deve incluir, a avaliação sistemática da adesão às medidas de precaução para tentar melhor os resultados. As medidas de precaução a ensinar são:

- restringir o número de visitas;
- higienização das mãos com SABA, ao entrar e sair do quarto;
- não partilhar objetos pessoais, revistas e outros;
- sempre que possível, manter a porta fechada.

### 4.4 PRECAUÇÕES DE TRANSMISSÃO POR VIA DE GOTÍCULAS

As precauções de transmissão por gotículas aplicam-se a doentes com infeção suspeita ou confirmada por microrganismos transmitidos por gotículas (partículas de dimensões superiores a 5µm e que podem ser geradas pelo doente durante a tosse, o espirro, a fala ou determinados procedimentos de risco geradores de aerossóis como aspiração de secreções, broncofibroscopias, cinesiterapia respiratória).

Pelo seu peso, estas partículas só conseguem percorrer distâncias inferiores a 1 metro.

Exemplos de doenças sujeitas a precauções de isolamento por gotículas:

- Doença estreptocócica em crianças (escarlatina, faringite, pneumonia);
- Gripe;
- meningite por *Haemophilus influenza* e *Neisseria meningitidis*;
- parotidite;
- tosse convulsa;
- difteria laríngea;
- rubéola;
- pneumonia (*Haemophilus influenza* em criança, *Mycoplasma*, *Adenovirus*).





**Higienização das mãos**



**Máscara Cirúrgica**  
(profissional)



**Máscara Cirúrgica**  
(paciente durante o transporte)



**Quarto privativo**

#### Colocação do Doente

O doente com precauções de isolamento por Gotículas deve ser colocado num quarto individual. No caso de não ser possível, deve colocar-se o doente numa enfermaria com outros doentes com infeção pelo mesmo agente, mas sem outro tipo de infeção (isolamento de coorte).

Se ainda assim, não houver possibilidade de agrupamento em coorte, deve manter-se separação entre doentes com cortinas separadoras de pelo menos 1 metro entre o doente infetado e os outros doentes e visitantes. O doente em isolamento deve permanecer junto à janela da enfermaria.

Nas áreas de isolamento/entrada dos quartos deve existir material, equipamentos e infraestruturas que permitam a contenção na fonte e a individualização do material.

Não são necessárias medidas adicionais com tratamento do ar e ventilação (a não ser em situações de microrganismos especiais). A porta do quarto pode estar aberta, no entanto, em caso de pandemia da gripe aconselha-se a que a porta permaneça fechada.

#### Higienização das mãos

Higienização das mãos com SABA, ao entrar e sair do quarto.

#### Uso de Máscara

A máscara deve ser utilizada, para proteção das membranas mucosas do nariz e boca durante procedimentos potencialmente geradores de aerossóis ou salpicos de sangue, fluidos corporais, secreções ou quando se prestam cuidados a distância inferior a 1 metro.

#### Uso de bata ou avental:

Deve utilizar-se avental/bata limpa quando haja previsão de contato próximo com o doente, com as superfícies do meio ambiente ou com objetos utilizados pelo doente, ou ainda, se o doente se encontrar incontinente, com diarreia, com ileostomia, colostomia ou se houver uma drenagem de ferida não protegida.

Deve ser colocada antes de entrar no quarto e removida antes de sair do mesmo. É importante ter cuidado redobrado após a remoção do avental/bata, de forma a que a roupa não entre em contato com as superfícies potencialmente contaminadas para se evitar a transferência de microrganismos para outros doentes ou outros ambientes.

#### Resíduos

As mesmas indicações do isolamento de contato. Os resíduos devem ser colocados em saco branco (Resíduos Grupo III), junto ao doente – contenção na fonte – e o material corto perfurante em contentor apropriado.

#### Dispositivos médicos

Os materiais devem ser individualizados (arrastadeira/urinol, termómetro, bacia da higiene, estetoscópio, esfigmomanómetro).

Se tal não for possível, deve proceder-se à lavagem do mesmo com água e sabão e posteriormente desinfecção com álcool a 70%, antes da utilização em outro doente.

#### Limpeza diária

A limpeza diária deve ser efetuada com água e detergente, sendo este o último quarto/enfermaria a ser limpo.

#### Limpeza final

Deve ser efetuada limpeza do quarto de isolamento com água e detergente e em seguida descontaminar com cloro (dando especial atenção aos manípulos das portas e janelas). As paredes devem ser descontaminadas até 2/3 da altura (mais ou menos à altura a que chega o braço esticado de quem limpa).

#### Transporte do Doente

Deve manter-se as medidas referentes ao isolamento de contato. Restringindo as saídas do quarto ao minimamente indispensável.

Deve, ainda, minimizar-se a possibilidade de dispersão de gotículas colocando uma máscara cirúrgica ao doente.

#### Educação do Doente/Família

A educação do doente e família baseia-se, essencialmente, na sensibilização dos mesmos ao uso das medidas de precaução e à sua responsabilidade à adesão.

Educar no sentido de:

- utilizar corretamente a máscara cirurgia e a forma de a remover;
- higiene das mãos ao entrar e ao sair da unidade do doente e sempre que tossir, espirrar ou assoar-se. Deve optar por usar lenços de papel e descartar a cada uso.
- restringir o número de visitas;
- não visitar outros doentes ou serviços depois de ter visitado o doente em isolamento.

## 4.5 PRECAUÇÕES DE TRANSMISSÃO POR VIA AÉREA

As precauções de transmissão por via aérea, aplicam-se a todos os doentes com infeções suspeitas ou confirmadas por microrganismos transmitidos por núcleos de partículas com dimensões inferiores a 5µm, transportadas pelo ar. Estes núcleos resultam da evaporação de gotículas que contêm microrganismos e que permanecem suspensas no ar, podendo ser transportadas a longas distâncias por correntes de ar.

A transmissão ocorre quando as partículas contendo microrganismos são expelidas pela pessoa infetada. Pelo seu peso, estas partículas conseguem percorrer distâncias maiores do que as gotículas, através das correntes de ar, podendo ser inaladas por hospedeiros suscetíveis, no mesmo quarto ou a grande distância da fonte, dependendo dos fatores ambientais. Nestas situações é necessário que o isolamento do doente seja feito em quarto individual, preferencialmente, com pressão negativa. A porta do quarto deve permanecer sempre fechada.

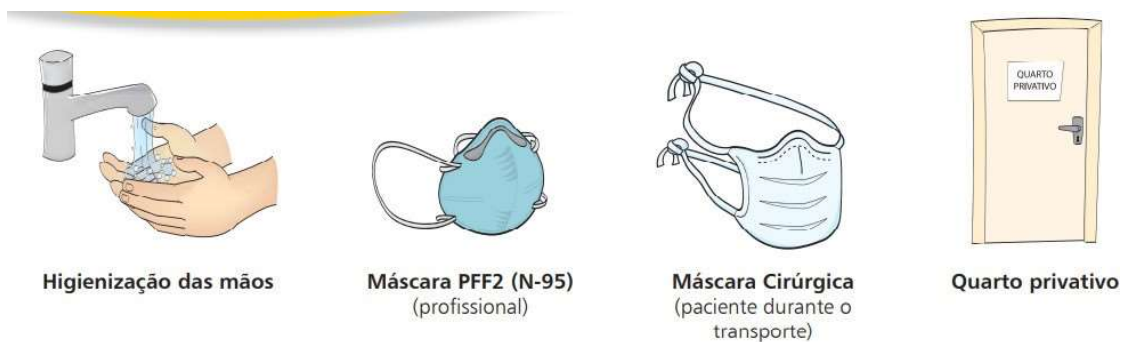
Nas situações em que não são possíveis estas condições, deverão ser utilizados quartos em locais mais altos, com sol, e manter-se as janelas abertas o máximo de horas que a temperatura exterior o permita. É necessária atenção redobrada de fechar as janelas antes de abrir a porta.

Requerem este tipo de isolamento, doenças tais como:

- Tuberculose pulmonar, laríngea ou brônquica;

- Varicela ou Sarampo;
- Herpes zoster disseminado ou herpes localizado em doentes imunodeprimidos.

As medidas específicas deste tipo de isolamento dizem respeito ao uso da máscara facial (Respirador de partículas, com mínimo de 95% de capacidade de filtragem - P2), às características do quarto, à educação do doente e da respetiva família, à gestão adequado dos resíduos, à descontaminação e às precauções no transporte de doentes infetados.



#### Colocação do Doente

Para o isolamento de via aérea é exigido quarto individual com pressão negativa relativamente às áreas contíguas do quarto e com exaustão feita para o exterior. Se a saída de ar for feita para outras zonas do hospital, ao ar deverá passar, antes da exaustão por filtros de alta eficiência (filtros HEPA) e, se necessário, aplicar raios ultravioletas. Devem ser feitas 6 a 12 renovações de ar por hora e exaustão para o exterior.

A porta do quarto deve estar sempre fechada e o doente permanecer dentro do mesmo.

#### Máscara

Todas as pessoas que entram no quarto deverão usar máscara de alta eficiência, com capacidade de filtragem de 95% das partículas – P2.

Pessoas suscetíveis não devem entrar no quarto de doentes com rubéola, sarampo, varicela (confirmada ou sob suspeita) desde que haja outros prestadores de cuidados.

#### Higienização das mãos

Higienização das mãos com SABA, ao entrar e sair do quarto.

#### Uso de bata ou avental:

Deve utilizar-se avental/bata limpa quando haja previsão de contato próximo com o doente, com as superfícies do meio ambiente ou com objetos utilizados pelo doente, ou ainda, se o doente se encontrar incontinente, com diarreia, com ileostomia, colostomia ou se houver uma drenagem de ferida não protegida.

Deve ser colocada antes de entrar no quarto e removida antes de sair do mesmo. É importante ter cuidado redobrado após a remoção do avental/bata, de forma a que a roupa não entre em contato com as superfícies potencialmente contaminadas para se evitar a transferência de microrganismos para outros doentes ou outros ambientes.

#### Resíduos

As mesmas indicações do isolamento de contato. Os resíduos devem ser colocados em saco branco (Resíduos Grupo III), junto ao doente – contenção na fonte – e o material corto perfurante em contentor apropriado.

#### Dispositivos médicos

Os materiais devem ser individualizados (arrastadeira/urinol, termómetro, bacia da higiene, estetoscópio, esfigmomanómetro).

Se tal não for possível, deve proceder-se à lavagem do mesmo com água e sabão e posteriormente desinfeção com álcool a 70%, antes da utilização em outro doente.

#### Limpeza diária

A limpeza diária deve ser efetuada com água e detergente, sendo este o último quarto/enfermaria a ser limpo.

#### Limpeza final

Deve ser efetuada limpeza do quarto de isolamento com água e detergente e em seguida descontaminar com cloro (dando especial atenção aos manípulos das portas e janelas). As paredes devem ser descontaminadas até 2/3 da altura (mais ou menos à altura a que chega o braço esticado de quem limpa).

#### Transporte do Doente

O doente só deve ser transportado para fora do quarto quando estritamente necessário, e deve ser-lhe colocada uma máscara de alta eficiência para reduzir o risco de contágio. Esta máscara destina-se a evitar que as gotículas infecciosas sejam disseminadas e posteriormente inaladas, pois são especificamente concebidas para filtrar o ar expirado.

#### Educação do Doente/Família

A educação do doente e família baseia-se, essencialmente, na sensibilização dos mesmos ao uso das medidas de precaução e à sua responsabilidade à adesão. É importante dar enfoque:

- sensibilização para a correta utilização das medidas de proteção;
- utilização de respirador de partículas (P2) e o modo correto de o colocar e de o retirar;
- importância da higienização das mãos antes de entrar no quarto e depois de sair do quarto;
- abrir a porta o mínimo possível;
- restringir o número de visitas;
- não visitar outros doentes ou serviços depois de ter visitado doentes em isolamento.

#### 4.5.1 Medidas de isolamento para evitar a transmissão por Via Aérea em situações específicas

- Serviço de Urgência  
Devem adotar-se medidas de isolamento para evitar a transmissão pelo ar no Serviço de Urgência perante a suspeita de tuberculose respiratória, sobretudo perante sinais e sintomas sugestivos, tais como:
  - tosse com mais de 3 semanas;
  - expectoração hemoptoica;



- doença já diagnosticada de tuberculose que tenha sido abandonado o tratamento.

- Sala de broncoscopia e de aplicação de aerossóis

Quando se realizam manobras que podem gerar aerossóis com partículas infetantes, os profissionais de saúde deverão usar uma máscara facial de proteção individual, preferencialmente P2.

As manobras podem ser: indução de tosse para colheita de expetoração (nebulizações e técnicas de indução de expetoração), manobras respiratórias invasivas (entubação e aspiração endotraqueal), broncoscopias, autopsias.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS – RESUMO

- a) A principal medida de isolamento é a lavagem e/ou desinfecção correta das mãos de acordo com os procedimentos a realizar.
- b) A correta prescrição de qualquer tipo de isolamento pressupõe:
  - o conhecimento tão precoce quanto possível do microrganismo, da via de transmissão, do período de contágio (sua evolução natural e/ou sob terapêutica eficaz) e do período de incubação;
  - o conhecimento das características da doença e dos seus eventuais contatos: imunização natural/vacinação; quimioprofilaxia ou administração profilática de imunoglobulina; imunossupressão; comportamento.
- c) O tipo de isolamento a aplicar a cada doente deve ser prescrito pelo médico e essa informação deve ser fornecida a todos os profissionais que prestam cuidados contínuos e/ou pontuais ao doente.
- d) O isolamento deve ser mantido apenas pelo tempo estritamente necessário. No entanto, as precauções básicas devem ser mantidas sempre.
- e) As barreiras de proteção disponíveis (máscaras, aventais, luvas, aventais/batas, óculos) devem ser usadas de forma criteriosa, quer para evitar falsas seguranças quer para evitar custos desnecessários.
- f) O quarto/enfermaria deve estar devidamente sinalizada, com tipo de isolamento e, preferencialmente com indicações de precaução adequadas.
- g) No caso de não ser possível o doente permanecer num quarto privado, nas enfermarias deve manter-se um espaço mínimo de 1 metro entre as camas (isolamento de coorte), que permita a prestação de cuidados e evite a transmissão de gotículas de um doente para outro. Só devem permanecer na mesma enfermaria doentes que estejam contaminados ou colonizados com o mesmo microrganismo.
- h) As manipulações dos doentes e as entradas e saídas no quarto/enfermaria devem ser restringidas ao estritamente necessário.

As “unidades” de apoio aos doentes devem ser, sempre que possível, individualizadas, isto é, material individual para cada doente (termómetro, aparelho de avaliar a tensão arterial, máquina de glicémia, boiões de creme, material de punção venosa, etc.)
- i) A circulação dos doentes com doenças transmissíveis deve efetuar-se de forma a minimizar os riscos. É importante que seja feito ensino ao doente, familiares e acompanhantes e passar informação ao serviço ou departamento que o irá receber, por exemplo, serviço de rx, TAC...
- j) As visitas devem ser informadas das medidas de prevenção que devem adotar.

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, A., Alves, M., Constantino, R., Cruz, C., Figueiredo, M., Lucas, A., Mendes, T., Pinto, P., Reis, S. Roque, A., Sambango, D., Veríssimo, O. & Vitorino, A. (2015). Prevenção e Controlo das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde: Contributos para a tomada de decisão em enfermagem. Coimbra

APECIH (2013). Precauções e Isolamento. 2º Ed. Universidade Federal do Triângulo Mineiro (original de 2013, atualizado em fevereiro de 2013)

Acedido em: [http://www2.ebserh.gov.br/documents/147715/148046/PRECAUCOES\\_PADRAO - ISOLAMENTOS.pdf/6b64a273-36d4-4261-924c-f8d3f9d651c1](http://www2.ebserh.gov.br/documents/147715/148046/PRECAUCOES_PADRAO_-_ISOLAMENTOS.pdf/6b64a273-36d4-4261-924c-f8d3f9d651c1)

CDC (2017). 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings, last update, october 2017. Consultado a 14 de outubro de 2019. Disponível em: <https://www.cdc.gov/anthrax/pdf/infection-control-guidelines-for-healthcare-setting-2007.pdf>

DGS (2017). Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e de Resistência aos Antimicrobianos Acedido a 16 de outubro de 2019 em [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS\\_PCIRA\\_V8.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf)

DGS (2017). Prevenção da transmissão de enterobactérias resistentes aos carbapenemes em Hospitais de Cuidados Agudos. Acedido em 16 de outubro de 2019 em <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/destaques/recomendacao-prevencao-da-transmissao-de-enterobacteriaceas-resistentes-aos-carbapenemos-em-hospitais-de-cuidados-de-agudos-pdf.aspx>

DGS (2015). Isolamento de Doentes: Curso PBCI

DGS (2015). Precauções Baseadas nas vias de transmissão (PBVT). Formação: Abordagem teórica

DGS (2013). Norma 029/2012: Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI), atualizado em outubro de 2013. Consultado a 16 de outubro de 2019. Disponível em <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/documentos/orientacoes--recomendacoes/norma-n-0292012-de-28122012-atualizada-a-31102013-pdf.aspx>

DGS (2012). "Precauções Básicas do Controlo de Infecção – PBCI": Norma 029/2012, Lisboa. Atualizada em 31/10/2013

DPS da ARS Algarve (2008). Precauções de Isolamento. Manual de Boas Práticas.

Elder, E., Mason, M. & Zimmerman, P. (2016). A healthy degree of suspicion: A discussion of the implementation of transmission based precautions in the emergency department. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 347, 1-6.

Ferreira, E., Marques A., Matos B. & Pina E. (2010, julho – setembro). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 27-39

Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (sd) Recomendações para as precauções de isolamento. Precauções básicas e dependentes das vias de transmissão – Artigo em Revisão. Acedido em 16 de outubro de 2019 em

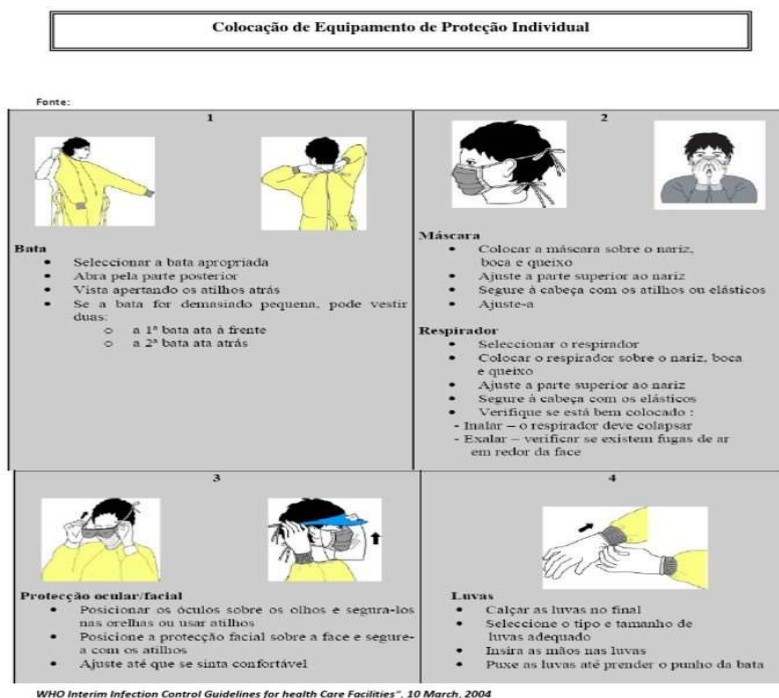
<https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/documentos/orientacoes--recomendacoes/recomendacoes-para-as-precaucoes-de-isolamento-precaucoes-basicas-e-precaucoes-dependentes-das-vias-de-transmissao-em-revisao-pdf.aspx>

Norma (2014). "Precauções Básicas de Controlo de Infecção". CCI – CHLN

Pina E, Ferreira, E., Marques A., Matos, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. Revista Portuguesa de Saúde Publica, 10, 27-39 acedido em <http://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-saude-publica-323-articulo-infeccoes-associadas-aos-cuidados-saude-X0870902510898567>




## 7. ANEXOS

### Anexo 1: Colocação de Equipamento de Proteção Individual



1

### Anexo 2: Remoção de Equipamento de Proteção Individual

Como remover o Equipamento de protecção individual	
<p><b>1</b></p>  <p><b>Luvas:</b></p> <p>Primeira etapa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pegue no bordo da luva, junto ao punho</li> <li>• Retire da mão, virando de dentro para fora</li> <li>• Segure com a mão oposta</li> </ul> <p>Segunda etapa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Meta o dedo da mão sem luva por debaixo da outra luva e remova-a</li> <li>• Vire a luva do avesso criando uma bolsa para ambas as luvas</li> <li>• Descarte as luvas para contentor apropriado</li> </ul>	<p><b>2</b></p>  <p><b>Protecção ocular/facial</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Retirar os óculos e protecção facial sem luvas</li> <li>• Afastar da face</li> <li>• Coloque em local apropriado para reprocessar ou eliminar</li> </ul>
<p><b>3</b></p>  <p><b>Bata</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desaperte atilhos</li> <li>• Puxe a bata pelos ombros</li> <li>• Vira-la do avesso</li> <li>• Enrola-la</li> <li>• Descarte</li> </ul>	<p><b>4</b></p>  <p><b>Máscara</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desaperte atilho debaixo, depois o de cima</li> <li>• Retire da face</li> <li>• Descarte</li> </ul> <p><b>Respirador</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Levante o elástico do fundo sobre o de cima</li> <li>• Levante o de cima</li> <li>• Retirar da face</li> <li>• Descarte</li> </ul>



## 8. APENDICES

### Apêndice 1: Precauções de Isolamento por agentes infecciosos (mais frequentes)

#### Precauções de isolamento por agentes infecciosos

Agente/Infecção	Tipo de Isolamento	Duração
<b>Agentes Multirresistentes</b>	B+C	Enquanto durar a doença
<b>Diarreia de origem infecciosa</b>	B+C	Se o doente for incontinente ou usar fralda; precauções enquanto durar a doença.
<b>Estafilococo (S. aureus)</b>	B+C	Enquanto durar a doença/infecção
<b>Estreptococo Grupo A</b>		
Cutâneo sem drenagem	B	
Cutâneo com drenagem	B+C	Até 24h de terapêutica
Faringite, Pneumonia	B+G	Até 24h de terapêutica
<b>Gripe</b>	B+G+C	Enquanto durar a doença
<b>Infeções Respiratórias virais de etiologia desconhecida</b>	B+G+C	Enquanto durar a doença
<b>Rinovírus</b>	B+C	Enquanto durar a doença
<b>Vírus Respiratório Sincicial</b>	B+C	Enquanto durar a doença
<b>Hepatite A</b>	B B+C	Se o doente for incontinente e usar fralda – 1 semana
<b>Hepatite B</b>	B	
<b>Hepatite C</b>	B	
<b>Herpes Simplex</b>		
Mucocutâneo grave	B+C	Enquanto durar a doença
Mucocutâneo recorrente	B	Enquanto durar a doença
Encefalite	B	
Herpes Zoster Localizado Herpes Zoster disseminado	B+C B+A	Enquanto durar a doença Até as lesões ficarem em fase de crosta
<b>Meningite</b>		
Asséptica	B	
N. meningitis	B+G	Até 24h de terapêutica
H. influenza	B+G	Até 24h de terapêutica
S. pneumoniae	B	

**Precauções de Isolamento no Serviço de Urgência. Um Projeto de Melhoria da Qualidade nos Cuidados de Enfermagem**

<b>Parotidite Epidémica (Papeira)</b>	B+G	9 dias após o aparecimento
<b>Sarampo</b>	B+A	4 dias após o aparecimento do exantema; durante toda a doença do imunocomprometido
<b>Sarna</b>	B+C	24h após o início da terapêutica
<b>Tuberculose</b>		
<b>Pulmonar/laríngea</b>	B+A	Até 3 exames de expetoração negativos Sob terapêutica e com melhoria clínica
<b>Extrapulmonar</b>	B	
<b>Viragem tuberculínica</b>	B	
<b>Varicela</b>	B+C+A	Até as lesões ficarem em fase de crosta
<b>VIH</b>	B	

**Legenda:**

**B – Precauções Básicas**

**C – Precauções de Contato**

**G – Precauções de Gotículas**

**A – Precauções de Via Aérea**

**Apêndice 2 Resumo dos tipos de isolamento**

**Tipo de Isolamento**

**(para além das precauções básicas)**

	Contato	Gotículas	Via Aérea
<b>Quarto individual (desejável, mas não obrigatório)</b>	✓	✓	

Quarto individual obrigatório, com ventilação e pressão negativa			✓ O quarto pode ser partilhado por doentes com a mesma patologia em caso de varicela, sarampo, mas não no caso de Tuberculose Pulmonar
Máscara		✓ - No contato próximo com doentes (< 1 metro)  - O doente deve usar máscara se tiver de sair do quarto	✓ - O doente deve usar máscara se tiver de sair do quarto  - Máscaras de isolamento respiratório
Bata	✓		
Luvas	✓		

Apêndice 3: Placa de Sinalização de Precauções de Isolamento de Contato



Apêndice 4: Placa de Sinalização de Precauções de Isolamento de Gotículas



Apêndice 5: Placa de Sinalização de Precauções de Isolamento de Via Aérea



Apêndice 6: Placa de Sinalização de Precauções de Isolamento de Proteção





Apêndice 7: Placa de Precauções Padrão



Apêndice 15 – Placa de Sinalização: Precauções de Isolamento de Contato



Apêndice 16 – Placa de Sinalização: Precauções de Isolamento de Gotículas



Apêndice 17 – Placa de Sinalização: Precauções de Isolamento de Via Aérea





Apêndice 18 – Placa de Sinalização: Precauções de Isolamento de Proteção



## Apêndice 19 – Panfleto informativo sobre Precauções de Isolamento de Contato

Doentes com precauções de isolamento devem ter vistas restritas. O que não significa que o doente em isolamento fique totalmente privado da convivência com outras pessoas. No entanto devem evitar a visita, crianças e pessoas que estejam doentes. Em caso de dúvida, consulte a equipa de enfermagem/médica para receber orientações.



Afiliação:  
Cátia Quintas  
Enfermeira da [redacted] Estrada em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, do Mestrado em Enfermagem 2019/2020, Portalegre  
Sandra Pita—orientadora do estágio final em SU, Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica : A Pessoa em Situação Crítica



### Porquê o Isolamento de Contato?

*Se o seu familiar se encontra com medidas de precaução de isolamento é porque está colonizado ou infetado com uma bactéria multiresistente.*

*Estas medidas de precaução têm como objetivo proteger outros doentes, familiares e profissionais de saúde de contrair a mesma infeção.*

*A transmissão por contato é a via de transmissão mais comum e mais importante de doenças infecciosas..*

*A transmissão por contato direto envolve o contato corpo a corpo. A transmissão por contato indireto envolve o contato o doente e seus objetos, bem como todo a área envolvente*

**A Principal medida de proteção é a**

**Higienização das Mãos**



*O meu familiar está em Isolamento de Contato.  
E Agora??*

Janeiro, 2020  
Hospital Santa Luzia de Elvas, ULSNA, E.P.E

### Que medidas deve tomar?

- Higienizar as mãos com solução SABA (disponível à entrada do quarto/enfermaria);
- Calçar luvas e usar avental, uma vez que vai estar em contato próximo com o doente.
- Higienize as mãos depois de retirar as luvas.

Não deve :

- tocar ou mexer nos objetos que se encontram dentro do quarto/enfermaria
- circular nas outras enfermarias, nem ter contato com outros doentes internados.



## Apêndice 20 – Panfleto informativo sobre Precauções de Isolamento por Gotículas

Doentes com precauções de isolamento devem ter vistas restritas. O que não significa que o doente em isolamento fique totalmente privado da convivência com outras pessoas. No entanto devem evitar a visita, crianças e pessoas que estejam doentes. Em caso de dúvida, consulte a equipa de enfermagem/médica para receber orientações.



Afiliação:

Cátia Quintas

Enfermeira da ULSNA, E.P.E, mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, do Mestrado em Enfermagem 2019/2020, Portalegre

Sandra Pita—orientadora do estágio final em SU, Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica : A Pessoa em Situação Crítica



*O meu familiar está em Isolamento por Gotículas.*

*E Agora??*

Janeiro, 2020

Hospital Santa Luzia de Elvas, ULSNA, E.P.E

### Porquê o Isolamento por Gotículas?

*Se o seu familiar se encontra com medidas de precaução de isolamento é porque é portador de uma doença infecciosa.*

*Estas medidas de precaução têm como objetivo proteger outros doentes, familiares e profissionais de saúde de contrair a mesma infeção..*

*Esta via de transmissão ocorre quando pequenas partículas que contêm o microorganismo são espalhadas a curta distância (<1m) e são depositadas nas mucosas—conjuntiva, boca ou nariz—através da tosse, espirro ou fala.*

*A Principal medida de proteção é a*

*Higienização das Mãos*



### Que medidas deve tomar?

- Higienizar as mãos com solução SABA (disponível à entrada do quarto/enfermaria);
- Usar máscara cirúrgica se vai estar a menos de 1 metro do doente;
- Higienize as mãos à saída do quarto/enfermaria.

Não deve :

- circular nas outras enfermarias, nem ter contato com outros doentes internados.





## Apêndice 21 – Panfleto informativo sobre Precauções de Isolamento Respiratório

Doentes com precauções de isolamento devem ter vistas restritas. O que não significa que o doente em isolamento fique totalmente privado da convivência com outras pessoas. No entanto devem evitar a visita, crianças e pessoas que estejam doentes. Em caso de dúvida, consulte a equipa de enfermagem/médica para receber orientações.



Afiliação:

Cátia Quintas

Enfemeira da ULSNA, E.P.E, mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, do Mestrado em Enfermagem 2019/2020, Portalegre

Sandra Pita—orientadora do estágio final em SU, Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica : A Pessoa em Situação Crítica

 **POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**  
Escola Superior de Saúde



### Porquê o Isolamento por Via Aérea?

*Se o seu familiar se encontra com medidas de precaução de isolamento é porque é portador de uma doença infecciosa.*

*Estas medidas de precaução têm como objetivo proteger outros doentes, familiares e profissionais de saúde de contrair a mesma infeção...*

*Esta via de transmissão ocorre por disseminação de pequenas partículas, que resultam de gotículas evaporadas que contêm microrganismos e que permanecem suspensas no ar por longos períodos de tempo.*

*A Principal medida de proteção é a*

*Higienização das Mãos*



*O meu familiar está em Isolamento de Via Aérea.*

*E Agora??*

Janeiro, 2020

Hospital S. 

### Que medidas deve tomar?

- Higienizar as mãos com solução SABA (disponível à entrada do quarto/enfermaria);
- Usar máscara N95;
- Higienize as mãos à saída do quarto/enfermaria.

Não deve :

- circular nas outras enfermarias, nem ter contato com outros doentes internados.
- pessoal suscetível não deve entrar no quarto/enfermaria com doentes com varicela ou sarampo (exceto com máscara)





## Apêndice 22 – Folheto Sobre Vigilância ativa e rastreio dos Microrganismos Multirresistentes

### CONCEITOS IMPORTANTES:

**Microrganismos Multirresistentes (MDR):** microrganismos resistentes a duas ou mais classes de agentes antimicrobianos (segundo definição do Centro de Controle e Prevenção de Doenças Europeu).

**Culturas para vigilância epidemiológica ativa:** secreções nasal, faríngea, perioral e retal. (O isolamento de um MDR nestas amostras não permite diferenciar infeção de colonização).

**Colonização:** proliferação de microrganismos no hospedeiro/portador sem resposta imunitária detectável, sem dano celular ou expressão clínica. A sua permanência representa uma potencial fonte de transmissão.

**Infeção:** invasão por um microrganismo ou superação de mecanismos de defesa do hospedeiro, resultando numa multiplicação microbiana e invasão dos tecidos. A resposta do hospedeiro à infeção pode incluir ou não sinais e sintomas.

**Hospedeiro/Portador:** pessoa colonizada com microrganismo patogénico. Não apresenta manifestação de doença.



**POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**  
Escola Superior de Saúde

**Afiliação:**

Cátia Quintas  
Enfermeira da [REDACTED] mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica:  
A Pessoa em Situação Crítica, do Mestrado em Enfermagem 2019/2020 Portalegre,  
Sandra Pita  
Enfermeira da ULSNA, E.F.E., Especialista em Enfermagem Médico –Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica

**Referências Bibliográficas:**  
Protocolo de Vigilância Ativa e Rastreio dos Microrganismos Multirresistentes: FQ-e8-GCL-FPCIRA, ULSNA, E.F.E. DGS (2015). Prevenção e Controlo da Colonização e Infeção por *Staphylococcus aureus* Resistente à Meticilina (SARM) nos Hospitais e Unidades de Internamento dos Cuidados Continuados Integrados (forma c08/2014 atualizada em 2015)

**VIGILÂNCIA ATIVA E RASTREIO DOS MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES**

**Serviço de Urgência do** [REDACTED]

Janeiro de 2020



Fonte: foto retirada da internet

O Protocolo de vigilância ativa é aplicado no momento da admissão ao SO, aos doentes com os seguintes critérios:

- Procedentes de outras unidades hospitalares, onde tenham estado internados por mais de 48h;
- Procedentes de UCI, independentemente do tempo de internamento;
- Antecedentes de colonização ou infeção por MMR nos últimos 6 meses;
- Procedentes de UCCI e lares com presença de feridas crónicas

#### AOS DOENTES COM CRITÉRIOS DE VIGILÂNCIA

- Aplica-se Isolamento de contato ou gotícula;
- Faz-se colheita de amostras para vigilância ativa. As amostras são colhidas pelo enfermeiro responsável pelo doente no momento da admissão. E a requisição das culturas são pedidas pelo médico assistente.

#### MICROORGANISMOS A RASTREAR:

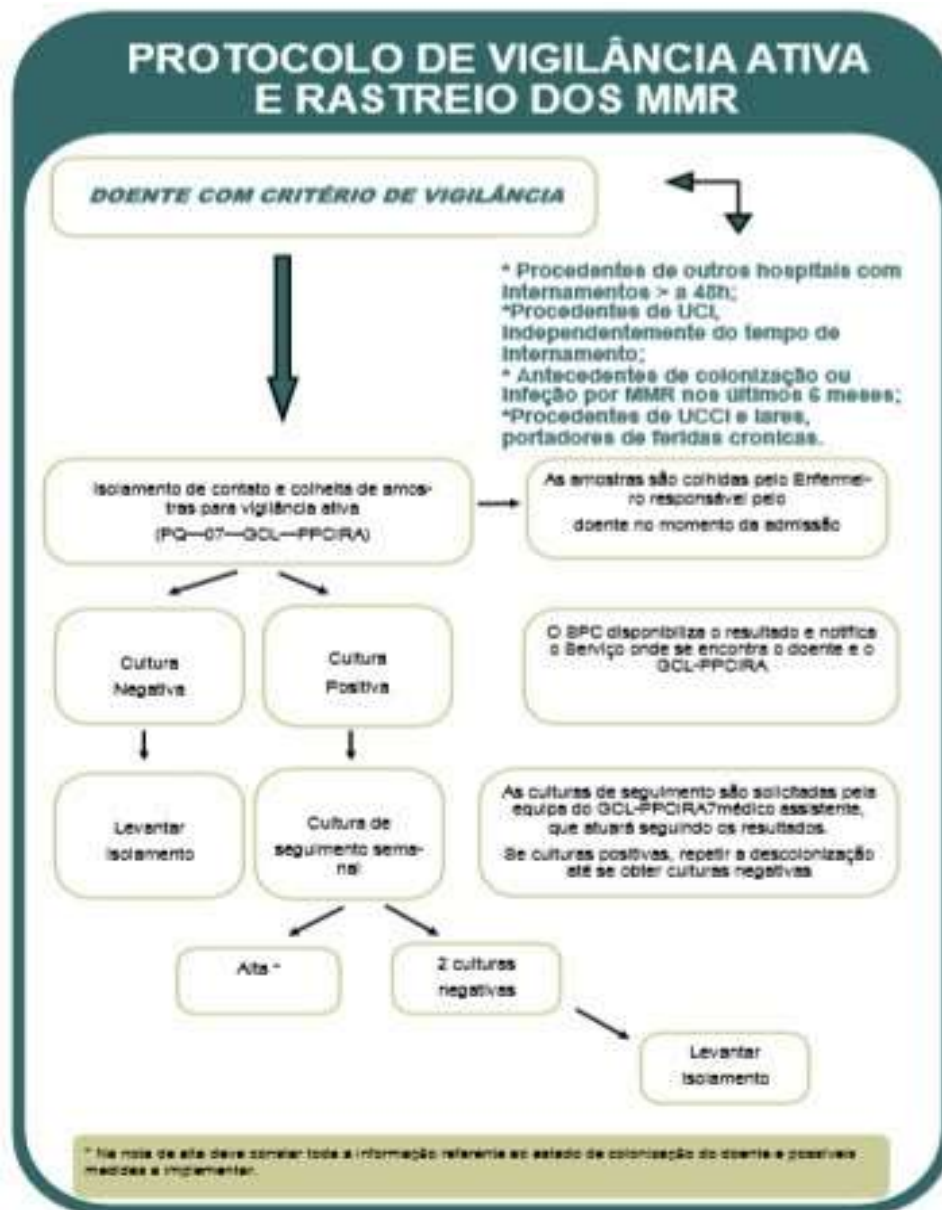
- **MRSA**
- Nasal: humedecer uma zaragatoa em soro fisiológico e rodar 360° em cada narina. Colocar no meio de transporte.
- Faringea: com a ajuda de uma espátula baixar a língua em soro fisiológico e introduzir a zaragatoa na parte posterior da faringe e rodar 360°. Colocar no meio de transporte.
- **ENTEROBACTEREAS PRODUTORAS DE CARRAPENEMASES**
- Faringea: com a ajuda de uma espátula baixar a língua em soro fisiológico e introduzir a zaragatoa na parte posterior da faringe e rodar 360°. Colocar no meio de transporte.
- Perineal: humedecer uma zaragatoa com soro fisiológico e rodar 360° na área perineal. Colocar no meio de transporte.
- Retal: humedecer uma zaragatoa em soro fisiológico e introduzir no canal anal a 1cm da margem anal, enquanto se executa movimento de rotação. Colocar no meio de transporte.

#### RESPONSABILIDADES:

Ação	Responsável
Requisitar 1ª culturas de vigilância e registar no processo clínico do doente	Médico Assistente
Aplicar Isolamento de contato ou gotícula	Médico Assistente/GCL-PPCIRA
Colher culturas de vigilância e registar no processo clínico do doente	Enfermeiro responsável pelo doente
Levantar isolamento se culturas negativas	Médico Assistente/GCL-PPCIRA
Requisitar culturas de seguimento	Médico Assistente/GCL-PPCIRA
Elaborar nota de alta e entrega de recomendações	Médico Assistente/Enfermeiro Responsável



Apêndice 23 – Esquema “Protocolo de Vigilância Ativa e Rastreio dos Microrganismos Multirresistentes





## Apêndice 24 – Cartaz “Recomendações aos Utentes”

